Д.А. Шкуренко

ОБЩАЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

СРЕДНЕЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ



ББК 88
Ш 66

Резензснты:

***Ступпицкий В.П.,* проф. каф. психологии Российской экономической Академии им. Г.В. Плеханова, академик РАЭП, член-корреспондент Международной Академии наук педагогического образования;**

***Васильева О.С,* зав. каф. психологии здоровья психологического факультета РГУ, доцент;**

***Середина Н.В.,* ст. преп. каф. психофизиологии и клинической психологии психологического факультета РГУ, эксперт-психолог**

Шкурснко Д. А.

Ш 6^ Общая и медицинская психология: Учебное пособие. Ростов-на-Дону: «Феникс», 2002. — 352 с.

В настоящем учебном пособии показано историческое развитие психологии как науки, рассмотрены предмет, задачи и методы психологии. Кроме того, в пособии рассмотрены познавательные процессы, их нарушения, патология, индивидуально-психологические особенности личности, а также вопросы психологии общения.

В пособии использованы материалы, включающие некоторый спектр нетрадиционных вопросов, теоретических концепций и исторических сведений.

Предназначается для студентов и преподавателей **меди4инсд**$Ш£ училищ и колледжей.

ББК 88

ISBN 5-222-02296-X

ПРЕДИСЛОВИЕ

В настоящее время актуальной проблемой является определенная нехватка современных учебных пособий для образовательной сферы.

Учебное пособие «Основы общей и медицинской психологии» составлено в соответствии с учебной программой дисциплины «Основы психологии».

Узловые вопросы и основные понятия по каждой теме определяют широкий контур знаний и практических умений, которыми должны овладеть студенты в процессе изучения дисциплины.

Фактическое содержание информации в учебном пособии выходит за рамки учебной программы, что делает его более универсальным и возможным для использования педагогов и медицинских работников. В работе рассматривается связь общей и медицинской психологии, что позволяет систематизировать и дополнить представление о системной взаимосвязи психологии и медицины.

В настоящем учебном пособии показано историческое развитие психологии как науки, рассмотрены предмет, задачи и методы психологии. Кроме того, в пособии рассмотрены познавательные процессы, их нарушения, патология, индивидуально-психологические особенности личности, а также вопросы психологии общения. Большая часть пособия посвящена различным вопросам медицинской психологии — предмету, задачам, важным проблемам психологии соматического больного, особенностям психологии общения медицинского работника и больного, вопросам психогигиены и психопрофилактики.

В пособии использованы материалы, включающие некоторый спектр нетрадиционных вопросов, теоретических концепций и исторических сведений.

При подготовке медицинского работника необходимо подчеркивать значение психики больного, роль психологических контактов медицинского работника и пациента.

Любые психические переживания сопровождаются соматическими изменениями, а соматические заболевания всегда отражаются в сознании больного, изменяя его миросозерцание, его самосознание

При общении медицинского работника с больным возникает сложная проблема взаимоотношений двух людей, двух личностей. Один ждет от другого помощи, облегчения своих страданий, другой определяет пути более рационального ее оказания.

Любое заболевание вызывает определенные изменения в психологии человека, которые необходимо знать медицинскому работнику, чтобы наметить правильную тактику беседы, поведения и лечения. К сожалению, медицинские работники не всегда учитывают личностные особенности больных и возможные невротические наслоения, что нередко усложняет взаимоотношения между ними.

В психологических особенностях больного человека нельзя разобраться и без знания основ общей психологии. В настоящем учебном пособии изложены не только основные вопросы общей и медицинской психологии, но и проблемы медицинской этики и деонтологии в их неразрывной взаимосвязи.

ЧАСТЬ 1

ОСНОВЫ ОБЩЕЙ ПСИХОЛОГИИ

ГЛАВА 1. ВОЗНИКНОВЕНИЕ, РАЗВИТИЕ И СТАНОВЛЕНИЕ ПСИХОЛОГИИ

1. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МЫСЛЬ С АНТИЧНОСТИ ДО СРЕДНИХ ВЕКОВ

Психология — наука, изучающая процессы активного отражения человеком объективной реальности в форме ощущений, восприятий, мышления, чувств и других процессов и явлений психики.

Термин «психология» происходит от древнегреческих слов «психе» (душа) и «логос» (наука) — «наука о душе».

Многие авторы считают, что психология как учение о душе возникла более двух тысяч лет тому назад в качестве составной части философских учений древнегреческих мыслителей Демокрита, Платона, Аристотеля и др. С момента своего возникновения и до наших дней психология развивалась в борьбе двух противоположных взглядов — материалистического и идеалистического.

Идеализм •— философское учение, которое признает, что реально существует только сознание, дух, идея как нечто первичное. А материальный мир, бытие, природа, люди, вещи — все это якобы существует лишь в нашем сознании, в ощущениях, в мыслях. Согласно идеалистическим учениям, психика — это не отражение объективного материального мира в мозгу человека, а наоборот — источник происхождения его.

Материализм в противоположность идеализму признает материю первичной, а сознание вторичным, производным от материи. Психика не существует вне материи,

она есть одно из свойств материи. Согласно современному материалистическому взгляду, психика, сознание есть свойство высокоорганизованной материи — свойство мозга. По своему содержанию психика является отражением объективного материального мира в человеческом мозге.

Идеализм и материализм уходят своими корнями в древнегреческую философию. Материалистическому учению Демокрита (460-370 гг. до н.э.) противостояло идеалистическое учение Платона (427-347 гг. до н.э.). Демокрит считал, что существует только материя, состоящая из мельчайших и неделимых частиц атомов. Душа тоже материальна, но ее атомы отличаются исключительной подвижностью.

Идеалист Платон, наоборот, утверждал, что вечно существуют только идеи. Вещи же, тела — это всего лишь временное местопребывание идей, их тени. Согласно Платону, душа — это вечно существующая идея, временно воплощенная в тело человека и животных.

Выдающийся философ древности Аристотель (384-322 гг. до н.э.) был непоследователен в своих взглядах на природу души. С одной стороны, он высказывал материалистические взгляды на сущность некоторых психических явлений. Например, по Аристотелю, наши ощущения — это копии реальных вещей. С другой стороны, он признавал существование души как независимой от материи субстанции.

В средние века психологическое понятие души приобрело религиозное содержание. Душа рассматривалась как Божественная, вечная, неизменная и независимая от материи сущность. Предметом психологических учений того времени были рассуждения о нематериальности души и ее свойствах.

На почве платоновской, или, лучше сказать, кеоплатоновской и аристотелевской психологии стояли все восточные и западные мыслители. Из первых (в начале V в.) Немезий, Эней Газа (487), Филопон (около середины VI в.), из вторых Клавдий Мамертинец (около середины V века) и Боэций (470-520). Все они придерживались деления души на разумную и неразумную части и свободу души понимали как возможность для нее выбора путей, ведущих к высшему или телесному миру. Все они защи-

щают бессмертие души. Это было связано еще с тем, что все они были богословами.

Наряду с этими более или менее учеными рассуждениями о душе **и** ее частях детально разрабатывалось знание душевных состояний. Сокровища практического самонаблюдения собраны в трудах аскетов **и** подвижников, глубоко погрузившихся в себя **и** тщательно изучавших тайные изгибы сердца **и** желаний. Таковы, например, труды Исаака **и** Ефрема Сирина, Аввы Дорофея, Марка подвижника, Варсонофия, Иоанна, ученика его, Иоанна Лествичника и др. Христианские аскеты всегда с напряженным вниманием следили за корнями **и** гнездами греховных наклонностей, помыслов **и** способами борьбы с ними. Аскетическая литература имеет для психологии прямой интерес как богатое собрание фактов самонаблюдения. Из всех средневековых авторов самые замечательные открытия в области психологии сделал Блаженный Августин (354-430). Так, он заметил, что самонаблюдение является важным источником психологических знаний.

Святой Августин как преданный сын Церкви воспринял большую часть ее догматов и религиозных предрассудков и верил в Божественное Откровение как первоисточник психологического знания. Однако его взгляд на самонаблюдение как важный инструмент понимания человеческой психологии явился существенным вкладом в развитие психологии. Августин был первым, кто живо и детально описал субъективный эмоциональный опыт, сделав это с помощью методологических принципов, которые до настоящего времени все еще составляют основу психологии. Без самосознания психология не может существовать. Эмоции — гнев, надежда, радость, страх — могут быть наблюдаемы только субъективно; если человек сам никогда не испытывал гнева, то никому не удастся объяснить ему, что же такое гнев Тем более, он никогда не сможет понять психологических изменений, сопровождающих гнев.

Святой Августин был провозвестником не только феноменологии Гуссерля **и** экзистенционализма, но также предшественником психоанализа. Он использовал автобиографическую исповедь в качестве основы для психологического познания. Это был пример психоанализа

без психоаналитика, выслушивающего и интерпретирующего признания больного. Августин критиковал тех, кто пытался умалить значение глубоко скрытых мотиваций, которые не воспринимались сознанием. Глубоко прочувствовав и осознав антисоциальные проявления психики, Августин был пессимистично настроен по отношению к природе человека, но видел путь к преодолению врожденных слабостей в абсолютной преданности Божественному и полной зависимости от Бога как единственного источника целительного милосердия.

Вклад Августина в историю психоанализа — это его психологические методики, которыми он пользовался для построения концепций, ставших основой его религиозных теорий. Его «Исповедь» является непревзойденным примером самоанализа.

В этой работе он последовательно анализирует воспоминания раннего детства и обнажает свою душу без всякой утайки. Он даже пытается реконструировать те далекие воспоминания, которые подверглись инфантильной амнезии. Он делает это путем наблюдения за детьми и отдельных воспоминаний из своего раннего детства.

Августин не верил в ангельскую невинность детей. «Безвинны движения младенцев, но их душевные свойства подлежат упрекам. Я видел сам завистливого ребенка; он еще не говорил, а с бледностью на лице и со злобою смотрел на своего сверстника, сосущего молоко. Кто этого не знает? Говорят, что матери-кормилицы уничтожают эти недостатки своих детей, но не знаю, какими средствами. Разве и это — невинность, что при обилии и совершенном достатке молока ребенок не терпит при себе другого, тоже нуждающегося в этой пище и питающегося только ею? На все это смотрят ласково и терпимо, но не потому, чтобы это было дело маловажное и ничего не значило, а потому, что с течением времени это должно пройти. И это доказывается легко; на подобные им поступки не смотрят равнодушно и одобрительно, когда они замечаются у взрослых людей».

Мир культуры, по Бл. Августину, создал три «органа» постижения человека и его души.

1. Религия (строится на мифе).
2. Искусство (строится на художественном образе).

3. Наука (строится на организуемом и контролируемом логической мыслью опыте).

Психология Святого Августина повествует нам о чувствах, конфликтах и муках человека величайшей искренности и недюжинной силы. Святой Августин может справедливо считаться предтечей психоанализа.

Значительная роль в развитии психологии Средневековья принадлежит Фоме Аквинскому (1225-1274). Фома Аквинский придерживается аристотелевских принципов. Душа не существует от века, но творится Богом в тот момент, когда тело становится готовым принять ее.

В учении об уме Аквинский следует Аристотелю. Есть ум деятельный и ум возможный, или страдательный. Воля свободна, она имеет свободу выбора. Она состоит в самоопределении и может избирать свободно между разными целями. Без познания не может быть желания, но разум сам не приводит в движение волю, а только указывает ей цели. Он представлял мир как систему, состоящую из нескольких иерархических ступеней. Самая широкая ступень — неживая природа, над ней — мир растений и животных, высшая ступень — мир людей, который является переходным к духовной сфере. Наисовершеннейшей реальностью, вершиной, первой абсолютной причиной, смыслом и целью всего сущего является Бог. Человеческая душа бестелесна, она чистая форма без материи, духовная и независимая от материи субстанция. Она неуничтожима и бессмертна.

Аристотелевская теория отдельных душевных свойств приобрела следующий вид: есть вегетативная душа, присущая растениям, сенситивная душа животных и разумная душа человека, выполняющая и функции двух низших душ. Собственную душу мы познаем не непосредственно, а опосредованно, через интуицию. Говоря о добродетелях, к четырем традиционно греческим — мудрости, отваге, умеренности и справедливости — Фома Аквинский добавил три христианские: веру, надежду, любовь. Смысл жизни сводился Фомой к достижению счастья, понимаемого им как познание и созерцание Бога. Бог познается не ощущением или интеллектом, а путем откровения. Фома Аквивинский в 1323 г. причислен к лику святых, а в 1567 г. признан пятым учителем церкви.

Жерсон, как и Гуго, рассматривает проблемы челове-

ческой деятельности, связывая, например, воображение с размышлением. Он выделяет две стороны деятельности: разума в мышлении; рассудка в созерцании.

Каждый из этих видов теоретической деятельности имеет свой вид практической деятельности: первый — удовольствие или желание; второй — благочестивый аффект; третий — любовь к Богу.

Из философской литературы не находится ничего, имеющего прямого отношения к психологии. Только в XII веке в среде мистиков оживились психологические наблюдения и исследования. Поскольку мистицизм, имеющий в виду единение души с Богом и глубокое погружение разума в тайны высшего бытия, естественно, нуждался в психологических анализах и самонаблюдениях.

Мистик из монастыря Св. Виктора, Гуго (1097-1141) пытался установить нечто вроде мистической психологии. Для Гуго последняя цель — созерцание Бога достигается через постепенное поднятие разумной стороны человека до высочайшего существа. Душа имеет три глаза для наблюдения. Один есть воображение; оно есть простое представление вещей, вне нас находящихся. Второй есть разум, деятельность которого состоит в размышлении о сущности и отношениях вещей. Третий глаз есть рассудок, интеллект. Ему свойственно созерцание, непосредственно имеющее дело с идеальным объектом. Такая душа и составляет исключительную сущность человека. Как разум, он есть лицо; тело есть нечто постороннее для него, и когда в момент смерти последнее разрушается, лицо продолжает существовать. В таком направлении рассматривал душу и ученик Гуго, Ричард (ум. в 1173 г.).

По Ричарду, центр души заключается в созерцательной деятельности, в интеллекте; чувства и желания им совершенно игнорировались как случайные и не принадлежащие душе. В таком же виде рассматривали душевную деятельность и позднейшие немецкие мистики, особенно в XIII веке.

Среди них можно выделить взгляды Экгарта. По Экгарту, душа имеет три рода духовных сил: внешние чувства, низшие и высшие силы. К низшим силам он относит — эмпирический рассудок, сердце, желание, к высшим — память, разум и волю.

2. ЭПОХА ВОЗРОЖДЕНИЯ

Это возрождение западноевропейской культуры, которая в Средние века была подчинена религиозному мировоззрению. Характерная черта эпохи — возникновение движения гуманизма, пришедшего на смену религиозным взглядам, по которым сущностью человека является бестелесная душа. Идеи гуманизма выражаются в признании человека как естественного природного существа со своими слабостями и достоинствами.

В произведениях Леонардо да Винчи (1452-1519) воплотились основные идеи гуманизма, в них чувственное созерцание и практическое действие сливаются воедино. Слово «живопись» означало для Леонардо не только работу и творение художника, но и все созерцаемое человеком благодаря союзу кисти и руки. С древних времен на лидирующую роль претендовала философия. Леонардо передает эту роль «божественной науке живописи». Живопись должна быть не простым копированием того, что видится, а исследованием мира с воссозданием его картины. Посредником между сознанием и реальностью выступают не слова, как это было в эпоху античности и Средние века, а творения живописи, построенные на основе подражания природе, способные воспроизвести все неисчерпаемое богатство действительности. Они служат и орудием познания самого человека, не только внешнего, чувственно воспринимаемого, но и его внутренней сущности. Пытаясь проникнуть в механизмы человеческого поведения, Леонардо изучает структуру четырех «всеобщих человеческих состояний» — радости, плача, распри и физического усилия.

Уделяется особое внимание и феноменам зрительного восприятия человека. Разработки Леонардо да Винчи в этой области имели определенное значение для развития психофизиологии, он оказался у истоков рефлекторной концепции. Об этом говорит один из фрагментов его трудов: «природа пришла на помощь зрительной способности, которая, будучи поражаема чрезмерным светом, имеет возможность сокращать зрачок глаза и, поражаемая различной темнотой, шире раскрывать это светлое отверстие... И природа прибегает здесь к постоянному выравниванию, увеличивая и уменьшая зрачок соразмерно градациям ... света и темноты, непрестанно перед ним

возникающим». Однако этот фрагмент нельзя оценить как точное описание зрачкового рефлекса. Правда, Леонардо говорит о «зрительной способности». Способность же мыслилась не только в его времена, но и много позже, как принадлежность души. Но в приведенном описании душа никакой роли не играет: зрачок изменяется в силу того, что «так устроена природа». Первопричина телесных изменений — действующий извне свет — физический раздражитель, вызывающий ответную реакцию мышц глаза, которые автоматически настраиваются на выгодный организму режим. Леонардо стремился к возможно более детальному описанию феноменов зрительного восприятия человека во всей их полноте и подлинности. В его «Трактате о живописи» содержится множество положений, принятых современной психофизиологией. Так, например, он характеризует зависимость восприятия величины предмета от расстояния, освещенности, плотности среды.

Интересны разработки Леонардо да Винчи в области практической психологии. Он разработал правила тренировки воображения, указывая, что даже пятна на старых стенах позволяют художнику разглядеть контуры будущего произведения. В силу своей неопределенности эти пятна дают толчок самостоятельной творческой работе души, не привязывая ее к конкретным вещам. Со времен Аристотеля понятие «фантазия» содержало в себе негативный оттенок, считалось «дурным» проявлением человека. Полагали, что появляющиеся в фантазии образы приобретают ценность лишь благодаря мышлению, источником которого считался «божественный разум». Теперь же высшая ценность признавалась за теми созданиями человека, которые построены им самим на основе подражания природе. Здесь уже речь шла не только о воображении как одной из психических способностей, но о новой концепции субъекта в целом. В противоположность чистой христианской духовности, субъект стал трактоваться как центр направленных вот:не духовных сил, воплощающихся в реальные чувственные ценности, Но предметом психологического изучения человека **в** эту эпоху остается душа, хотя ее осмысление по сравнению с предыдущими эпохами все же несколько изменяется. Под влиянием гуманизма душа уже мыслится

как субстанция не исключительно внутренняя, замкнутая в себе, а направленная во внешний мир и активно с ним взаимодействующая. Внешний мир становится источником душевной жизни. В природе возникает вдохновение, рождающиеся при этом чувства приобретают самостоятельную ценность.

3. НОВОЕ ВРЕМЯ

На этот период приходятся многие открытия и изобретения в науке и технике, анатомии и физиологии. В связи с этим изменяются взгляды на предмет психологии: понятие души становится излишним.

Фрэнсис Бэкон (1561-1626) создал предпосылки новой науки о сознании. Он заложил основы эмпирического изучения явлений сознания (призывал перейти к простому описанию его процессов, способностей, но отказывался от изучения души как особого предмета). Таким образом, если древние понимали душу очень широко, практически отождествляли ее с жизнью, то у Ф. Бэкона впервые «жизненность» и «душевность» отделяются друг от друга, хотя Бэкон и не приводит критерии их отличия.

Фрэнсис Бэкон первый положил начало теории индукции **и** указал на опыт **и** наблюдение как на единственные основания для расширения знаний, в том числе **и** психологических. Он положил начало сознательному эмпиризму в психологии. Он первый заговорил о том, что человеческая деятельность может быть правильно исследована путем опыта; естественно, это было ново для умов, привыкших строить системы психологии путем умозрения и переставлявших в разных сочинениях древние наблюдения Аристотеля **и** Платона.

Науку о человеке Бэкон разделил на философию человека и общества. Первая рассматривает человека индивидуума независимо от общества. Она подразделяется на науку о душе **и** о теле человека; им должна предшествовать наука о природе человека вообще. Исследуя последнюю, наука изучает или индивидуума, т.е. человека как личность, или связь души с телом. Главные способности души суть разум, воображение, память, желания, воля; следует обратить внимание на то, прирожденные они или нет. Бэкон поставил лишь научные вопросы, дал план

психического исследования. Ответы на них были даны уже другими философами, прежде всего английским философом Томасом Гоббсом (1588-1679), который пытался обосновать новый взгляд на человека независимо от классических или схоластических предположений.

Взгляд Гоббса на душу и ее деятельность был началом материалистического учения новейшего времени. Он объяснял душевную деятельность как продолжение движений, начатых внешними впечатлениями в чувственных органах. Гоббс может быть признан одним из основоположников ассоциативной психологии. Он полагал, что чувственные восприятия являются единственным источником психической жизни, что ощущения вступают в ассоциативную связь с хронологической последовательностью восприятий. Он верил, что все психологические феномены регулируются инстинктом сохранения жизни и необходимостью организма искать удовольствий и избегать боли.

Большой вклад в психологию внес Репе Декарт (1596-1650). Декарт впервые дал критерий отличия психических процессов от «жизненных», или физиологических. Он состоит в том, что все психические процессы мы осознаем, тогда как физиологические — нет. Декарт сузил психическую реальность до сознания, не признавая наличия бессознательных физических процессов, которые, являясь не физиологическими, а психическими, тем не мепее, не осознаются. Он открыл путь изучения осознаваемых психических процессов — путь непосредственного самонаблюдения своих переживаний. Декарт первым ставит психофизическую проблему, то есть проблему отношения души и тела. Древние тоже говорили о связи души и тела, о различиях между ними, но никто не доходил до такого полного противопоставления этих двух реальностей, как Декарт.

Животные, по Декарту, лишены души вообще, ибо у них нет сознания. Декарт впервые объясняет физиологические процессы чисто телесными причинами. Декарт считал тело машиной, работа которой подчиняется вполне материальным законам и не нуждается в привлечении души. Он говорил, что все движения мышц, как и *вес* ощущения, зависят от нервов, представляющих собой как бы маленькие ниточки или узенькие трубочки, идущие от мозга и содержащие некий воздух или очень нежный

ветер, называемый животными духами. Но душа действует на тело посредством «животных духов»; она «раскачивает железу» и заставляет животные духи идти по соответствующим путям. Декарт говорит о постоянном взаимодействии души и тела, он решает психофизическую проблему в духе психофизического взаимодействия. Сущность души заключается в мышлении, отмечает Декарт. Мышление включает составные части: ощущения, представления, волю. Душа выступает как мыслящая деятельность. Поэтому Декарт видит сущность души в сознании.

Декарт первый ясно установил чисто психологический критерий для душевной жизни в противоположность старому аристотелевскому пониманию, приписывающему название «душа» также и принципу растительной жизни, наделив все это сознанием. Декарт признает сознание только у людей, в животных он видел простые машины. Психология Декарта была дуалистической, ибо исходила из двух начал в человеке: духа и материи.

В XVIII веке мы встречаемся с попытками дать точное определение инстинкта животных и разобраться в том значении, которое органы чувств играют в явлениях психологии.

Кондильяк пытается не только дать определение инстинкта, но и выяснить его внутреннюю психическую природу. Признавая за инстинктом начало познания, он намечает связь инстинктивных способностей со способностями разумными. Инстинкт — это, по мнению Кондильяка, элементарный ум, который превращается в разум, в привычку, лишенную размышления.

Ламарк признавал зависимость психики от нервное системы и классифицировал степень сложности психических актов: раздражимость, чувствительность, сознательность. Первой из этих способностей, по его мнению, обладают простейшие животные; второй — более совершенно организованные животные; третьей — только позвоночные животные. По мнению ученого, человек отличается от других животных, обладающих способностью к сознательной деятельности, лишь степенью сознательности, разумности.

Следует сказать, что, начиная с XVII в. в связи с общим социально-экономическим развитием западноевропей-

ских государств наблюдаются заметные сдвиги в развитии психологических взглядов. С XVII по XIX в. включительно широкое распространение получила так называемая эмпирическая психология, родоначальником которой считается английский философ Джон Локк. Отвлеченным рассуждениям о душе эмпирическая психология противопоставила изучение внутреннего опыта человека, под которым она понимала отдельные психические процессы («явление сознания») — ощущение, восприятие, мышление, чувства и т.п. Это был шаг вперед, тем более, что для детального изучения явлений психики широко применялся экспериментальный метод, заимствованный из естествознания. Однако исходные теоретические позиции эмпирической психологии были ложными, идеалистическими, поскольку «внутренний опыт» человека она понимала в отрыве от внешнего, практического опыта, считала его замкнутым в самом себе и недоступным для наблюдения извне.

Исходя из этого, главным методом изучения психики эмпирическая психология признавала метод самонаблюдения. То есть, человек наблюдает собственные переживания, мысли и описывает их.

Вопрос об отношении сознания, психики к мозгу эмпирическая психология решала с позиций так называемого психофизического параллелизма. Представители психофизического параллелизма (Вундт и Эббингауз — в Германии, Спенсер и Бэн — в Англии, Бинэ — во Франции, Титчнер — в Америке и др.) считали, что человек воплощает в себе два начала: телесное и духовное. Поэтому физиологические и психические явления у него протекают параллельно и лишь совпадают во времени, но не влияют друг на друга и не могут быть причиной друг друга. Согласно этой теории, получается, что если, например, человек видит предмет, называет его (мысленно или вслух), то это явление психического порядка. А соответственно этому работа зрительного и речевого аппаратов — явление физиологического порядка. Вопрос о том, в чем же причина такого соответствия, не находил научного объяснения. Представители психофизического параллелизма вынуждены были прибегать к признанию какой-то таинственной силы, которая будто бы установила изначально такое совпадение.

Ф. Бэкон и Дж. Локк (1632-1704) обратили внимание на опыт. Важное место занимает труд Локка о человеческом разумении, в котором доказывается: 1. Отсутствие прирожденных идей. 2. Источник развития души — опыт и рефлексия. 3. Исключительное значение языка в развитии человека.

Джон Локк — родоначальник эмпирической психологии. Он считал, что в основе нашего сознания находятся идеи. Они есть результат нашего опыта, т.е. существуют в сознании не с рождения, а приобретены при жизни. Локк считает, что наши идеи имеют естественное соотношение и связь между собой. Назначение и преимущество нашего разума заключается в том, чтобы прослеживать и поддерживать их вместе, в том сочетании и соотношении, которое основано в естественном для них бытии. Неестественная связь идей называется Локком ассоциацией. Ассоциации играют огромную роль в жизни человека.

После работ Локка намечаются три школы эмпирической психологии: в Англии, во Франции и в Германии.

В английской эмпирической психологии появляется мощное течение ассоцианизма, которое ставит ассоциацию во главу угла и считает ее не просто основным, а единственным механизмом работы сознания. В XVDI веке происходит становление эмпирической психологии во Франции. Этот процесс проходил под определяющим воздействием теории Локка об опытном происхождении знания.

Развитие научной психологии.

От античности до Нового времени попытки понять сущность человека и его взаимоотношения со средой, как физической, так и социальной, принадлежали только философам.

В XVTI-XVIII веках от философии начинают отделяться различные естественные науки: химия, физика, социология. Психологии, в отличие от естественных наук, было довольно трудно определиться в качестве отдельной науки и отделиться от философии.

В конце XVIII века психология все же отделяется от философии и начинает рассматривать в качестве предмета не душу, а сознание и процессы мышления.

Научная психология родилась лишь в конце XIX века. В 1879 году в Лейпцигском университете была основана первая психологическая лаборатория. Ее возглавил Вильгельм Вундт. Он положил начало структуралистскому подходу к сознанию. Структуралисты пытались описать простейшие структуры осознаваемого внутреннего опыта. Таким образом, сознание было разбито на психические элементы. Вундт и его сотрудники считали, что основным материалом для сознания служат ощущения, образы и чувства. Примерно в это же время, в 1881 году, в США Уильям Джеймс стал подходить к изучению сознания с других позиций. Он положил начало новому — функциональному подходу.

Научное понимание психики было неразрывно связано с развитием материалистической философии, потому что материалистический подход в науке опирается на объективные законы в познании действительности. Объяснение психики, сознания дает лишь современная психология.

Естественнонаучной основой современной отечественной психологии является физиологическое учение о высшей нервной деятельности отечественных ученых XX века И.М. Сеченова и И.П. Павлова, дополненное и развитое далее исследованиями деятельности мозга.

4. **НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ** психологии

Психологии, в отличие от естественных наук, было трудно определиться в качестве отдельной науки и отделиться от философии. В конце XVIII в психология отделяется от философии и начинает рассматривать в качестве предмета не душу, а сознание и процессы мышления.

В XIX в. психология стала самостоятельной наукой, чему в сильной степени способствовало богатство экспериментального материала, а в XX в. она получила широкое распространение.

В XX веке развились различные направления и концепции в области психологии. Развитие социальной и экономической сферы и появление целого ряда новых областей человеческой деятельности породили новые подходы к психологии.

Для понимания тенденций развития и становления психологии как науки, необходимым представляется рассмотрение некоторых школ и концепций зарубежной психологии XX века.

Ассоциативная психология.

Ассоциативная психология — одно из основных направлений мировой психологической мысли. Данное направление объясняет динамику психических процессов принципом ассоциации; в основе лежит условный рефлекс. Выделяется три типа ассоциаций — по смежности, по сходству и по контрасту. Изучение ассоциаций с целью выявления особенностей различных психических процессов используется и в современной психологии.

Бихевиоризм.

Бихевиоризм — это направление в американской психологии XX века. Отрицает сознание как предмет научного познания и сводит психику к различным формам поведения, понятого как совокупность реакций организма на стимулы внешней среды„ Дж. Уотсон исключил сознание из психологии, у него получилась психология без психики; предметом психологии является поведение человека от рождения до смерти; образование человека есть образование условных реакций. Эволюция бихевиоризма показала, что его исходные принципы не могут стимулировать прогресс научного познания о поведении.

Психоанализ.

Психоанализ — это совокупность способов выявления в терапевтических целях особенностей переживаний и действий человека, обусловленных неосознаваемыми мотивами. Ядро психоанализа — учение о бессознательном. Человеческая психология истолковывается как обусловленная бессознательными, иррациональными силами — влечениями, инстинктами. Основными из них являются сексуальное влечение и влечение к смерти. Поведение человека подчинено двум принципам: принципу удовольствия (половые влечения) и принципу реальности (подавление сексуальных влечений на стимулы внешней среды). В результате столкновения «принципа удовольствия» и «принципа реальности» происходит вытеснение «неудовлетворен-

ных влечений» в сферу бессознательного, откуда они и управляют поведением человека.

Гештальтпсихология.

Основные представители гештальтпсихологии — К. Кафка, К. Левин и др. Функциональная структура по присущим ей законам упорядочивает многообразие отдельных предметов. Изучение психики происходит с точки зрения целостных структур (гештальтов), первичных по отношению к своим компонентам. Феномен «инсайта» (мгновенное схватывание) определяет развитие целостной структуры. Предметом исследования (К. Левин) стали потребности, аффекты (эмоции), воля.

Когнитивная психология.

Основной представитель когнитивной психологии У. Найссер. Центральным становится вопрос об организации знания в памяти конкретного субъекта. Решающая роль знания в поведении человека. Главной задачей исследования являются проблемы приобретения, сохранения и использования человеком своих знаний. Предмет исследования составляют познавательные процессы: восприятие, память, мышление, воображение, речь, внимание. Человек — активный преобразователь информации.

Гуманистическая психология.

Представители — Г. Олпорт, Г. Мюррей, А. Маслоу. Признают главным предметом личность, как целостную уникальную систему, которая представляет собой не нечто заранее данное, а «открытую возможность» самоактуализации, присущую только человеку.

Основные положения: каждый человек уникален, человек открыт миру, переживание человеком мира и себя в мире является главной психологической реальностью; человеческая жизнь должна рассматриваться как единый процесс становления и бытия человека; человек наделен потенциями к непрерывному развитию и самореализации, которые являются частью его природы; человек обладает определенной степенью свободы от внешней детерминации благодаря смыслам и ценностям, которыми он руководствуется в своем выборе; человек — это активное, творческое существо.

Психоанализ Фрейда.

Трактовка психоанализа Фрейда как «мифа» возникла чуть ли не одновременно с самим учением. Мифом называл свою метапсихологию сам Фрейд, отличая ее от клинической практики и экспериментального наблюдения, мифом считали психоанализ К. Поппер, Л. Витгенштейн, А.М. Пятигорский и др.

Как правило, аргументации таких аналогий вращаются вокруг двух главных идей: положения и выводы психоанализа непроверяемы и требуют безусловного принятия на веру; основная направленность психоанализа — практическая и жизнестроительная, в этом роде он является идеологией или религией по своим социальным функциям.

Психоаналитики поведение человека определяют прошлым опытом, который был вытеснен в подсознание. Основатель психоанализа — Зигмунд Фрейд (1856-1939). Его исследования были большим шагом вперед в области психологии. Общая цель души — поддерживать и восстанавливать приемлемый уровень равновесия, которое увеличивает удовольствие и минимизирует неудовольствие. Фрейд считал, что поведением управляют инстинкты. Сначала он дает описание двух основных инстинктов, двух противоположных сил — сексуальной и агрессивной. В 1914 году им вводится представление о двух влечениях: «эросе» (либидо), поддерживающем жизнь, и «танатосе», зовущем к смерти. Из смещения и конфликта основных влечений возникает огромное разнообразие и сложность поведения. Один инстинкт борется с другим, социальные запрещения блокируют биологические побуждения, пути преодоления противоречат друг другу; весь этот хаос — в душе человека.

Первоначально топическая система душевной жизни была представлена у Фрейда тремя инстанциями: бессознательным, подсознательным и сознанием, взаимоотношения между которыми контролировались цензурой. С начала 20-х годов прошлого столетия Фрейдом выделяются иные инстанции: «Я»(Эго), «Оно»(Ид) и «Сверх — Я»(Супер-эго). Две последние системы локализовались в слое «бессознательное».

Большинство процессов бессознательно, так как «Id» полностью бессознательно, а «Ego» и «Super ego» — частично. Задача психоанализа в том, чтобы усилить «Ego», сделать его более независимым от «Super ego», расширить поле его восприятия, усовершенствовать его организацию.

В многочисленных спорах внутри и вне психоанализа Фрейд отстаивал примат сексуального влечения над всеми остальными. Он отказывался расширять понятие либидо за пределы сексуального до понятия психической энергии вообще, как это делал К. Юнг. В приложении его к феноменам культуры и психологии, Фрейд сближал понятие либидо с Эросом Платона и христианской любовью. С другой стороны, он все больше ограничивал притязания сексуальности на всевластие в сфере психической, в частности, влечением к смерти. И все же, несмотря на все ограничения, психоаналитическая теория души базируется на понятии либидо.

Либидо аналогично физическим энергиям, имеет количество и способно менять направления движения, и т.п. Либидо, по Фрейду, присуще человеку с рождения и проходит в своем развитии несколько стадий: оральную, анальную и генитальную. Понятие бессознательного имеет для психоаналитической теории не меньшее значение, чем понятие либидо.

Бессознательное — это то, что подверглось вытеснению со стороны сознания и продолжает удерживаться вне поля восприятия. Даже никогда не раскрывая книг Фрейда, человек с легкостью воспроизведет «основные» идеи психоанализа — выделение определяющей роли бессознательных и сексуальных сил в психической жизни.

Защитные механизмы.

У человека существует множество механизмов, защищающих блокировкой прямое выражение потребностей. Этими способами душа защищает себя от внешних и внутренних напряжений.

1. Подавление (репрессия). Удаляет потенциально вызывающие тревогу события, идеи или восприятия из сознания, препятствуя, таким образом, их возможному

разрешению. Подавление вытесняет проблему на бессознательный уровень, но не решает ее.

2. **Отрицание.** Попытка не принимать в качестве реальности события, которые беспокоят «Ego». Это бегство **в** фантазию, зачастую кажущуюся абсурдной объективному наблюдателю.

3. Рационализация. Нахождение приемлемых причин или оснований для неприемлемых мыслей или действий. Это способ принять давление «Super ego», он скрывает наши мотивы, делает наши действия морально приемлемыми.

4. Реактивные образования. Подменяют поведение или чувства диаметрально противоположными действительным желаниям. Это явная или (обычно) бессознательная инверсия желания.

5. **Проекция.** Приписывание другому человеку, животному **или** объекту качеств, чувств или намерений, которые исходят от самого приписывающего. Аспекты личности перемещаются изнутри индивидуума на внешнее окружение.

6. Изоляция. Отделение вызывающей тревогу части ситуации от остальной сферы души. Тогда событие почти не вызывает эмоциональной реакции. Человек все более **и** более может уходить в идеал, все менее и менее соприкасаясь с его собственными чувствами. Логика -нормальная изоляция

7. Регрессия. Возвращение на более ранний уровень развития или к способу выражения, который более прост **и** свойственен детям. Уход от реалистического мышления в поведение, ослабляющее тревогу, как в детские годы. Источник тревоги остается неразрешимым вследствие примитивности способа.

8. **Сублимация.** Процесс, посредством которого энергия могла бы быть использована в более полезной деятельности «Ego». Когда защита становится очень влиятельной, она начинает преобладать в «Ego» и уменьшать его подвижность **и** способность **к** адаптации.

Индивидуальная психология Адлера.

Основные положения —• утверждается, что характер человека формируется на основании врожденного чувства неполноценности. В результате на протяжении всей жиз-

ни человек в порядке компенсации этого врожденного стержня личности стремится к превосходству над другими, их подавлению, господству над ними. Врожденные комплексы к агрессии и могуществу по существу тоже «либидо», тот же инстинкт жизни, смерти и разрушения, что и в классическом психоанализе, но преподнесенные несколько мягче. Биологическая сущность психики у Адлера является ведущей.

Аналитическая психология Юнга.

К.Г. Юнг, придавая решающее значение в регуляции поведения бессознательному, выделил наряду с его индивидуальной (личной) формой коллективную, которая никогда не может стать содержанием сознания. Его учение повторяет многие стороны классического психоанализа. «Я» противопоставляется «архетипу» — «коллективному бессознательному», которое образует автономный психический фонд, содержание которого передается из поколения в поколение. Например, образ героя. В результате конкретное «коллективное бессознательное» и создает «Я».

Неофрейдизм.

Известные представители этого направления — К. Хорни, Э. Фромм, Г.С. Салливан. Сторонники неофрейдизма пытались преодолеть биологизм классического фрейдизма и ввести его положения в социальный контекст. Согласно К. Хорни — причина неврозов — тревога, возникающая у ребенка при столкновении с исходно враждебным ему миром, усиливающаяся при недостатке любви и внимания со стороны родителей и окружающих. Г.С. Салливан — истоки неврозов в тревожности, возникающей в межличностных отношениях людей. Э, Фромм связывает неврозы с невозможностью для индивида достичь гармонии с социальной структурой современного общества. Ибо эта структура формирует у человека чувство одиночества, оторванности от окружающих, вызывает невротические способы избавления от этого чувства.

Неофрейдизм считает индивида с его бессознательными влечениями изначально независимым от общества и противостоящим ему. Общество же рассматривается как источник «всеобщего отчуждения» и признается враждебным коренным тенденциям развития личности.

Рассмотрение некоторых концепций зарубежной психологии XX века необходимо для понимания основных направлений развития научной психологии, учитывая их широкую распространенность и фундаментальность для ряда других концепций.

Выбор направления в области психологии зависит часто от собственных методологических установок специалиста с одной стороны, и от знаний концепций, развиваемых различными школами, — с другой.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте определение психологии как науки.
2. Расскажите о психологических воззрениях в античной философии.
3. Расскажите об учении Платона о душе и теле.
4. Расскажите о воззрениях Аристотеля.
5. Как определяла душу философия средневековой церкви?
6. Роль Фомы Аквинского **в** развитии психологической мысли.
7. Каковы основополагающие идеи Френсиса Бэкона?
8. Расскажите об учении Декарта о психических процессах.
9. Что такое эмпирическая психология?
10. Что такое психоанализ?
11. Расскажите об основных зарубежных концепциях развития психологической мысли.
12. Расскажите о защитных механизмах личности.

ГЛАВА 2. ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ И МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИИ

1. ПРЕДМЕТ и ЗАДАЧИ психологии

Психология, изучая сознание человека, обязана выяснить его сущность, законы его протекания и ту роль, которую оно выполняет в различных видах практической деятельности людей. Психическое (в том числе и сознательное) отражение деятельности есть функция мозга.

Общая психология. Общая психология — это особое наименование, употребляемое для характеристики наибо-

лее общих закономерностей, выявляемых психологией, методов изучения, которыми пользуется эта наука, теоретических принципов, которых она придерживается, основных научных понятий, вошедших в ее обиход. Лишь абстрагируясь от конкретных исследований, осуществляемых в отраслях психологии, перечисленных выше, можно обнаружить **и** описать эти общие принципы, методы, закономерности **и** понятия. Общая психология иногда именуется теоретической и экспериментальной психологией.

В ее задачи входит разработка проблем методологии и истории психологии, теории **и** методов исследования наиболее общих законов возникновения, развития и бытия психических явлений. Общая психология изучает познавательную и практическую деятельность; общие закономерности ощущений, восприятий, памяти, воображения, мышления, психологическую саморегуляцию; дифференциально-психологические особенности личности человека; характер и темперамент, преобладающие мотивы поведения и **т**.д. Результаты исследований **в** области общей психологии — фундаментальная основа развития всех отраслей и разделов психологической науки, методов психологии, основных научных понятий.

Основные научные понятия психологии можно объединить в три основные категории: психические процессы, психические состояния, психические свойства или особенности личности.

Психические процессы. К психическим процессам относят познавательные процессы: ощущения и восприятия как отражения непосредственно действующих на органы чувств предметов, раздражителей; память как возобновляющиеся отражения действительности; воображение и мышление как обобщенное **и** переработанное в сознании человека отражение свойств действительности, которые недоступны непосредственному познанию; эмоциональные процессы (возникновение чувств, их динамика **в** зависимости **от** удовлетворения потребности **и** **т**.д.).

Психические состояния. К психическим состояниям относятся проявления чувств (настроение, аффекты), внимания (сосредоточенность, рассеянность), воли (уверенность, неуверенность), мышления (сомнение) и **т**.д. К психическим свойствам, или особенностям, личности отно-

сят качества его ума, мышления, устойчивые особенности его волевой сферы, закрепившиеся в характере, темпераменте, способностях; укоренившиеся и вновь возникающие побуждения действовать определенным образом, свойства чувств (вспыльчивость, сентиментальность) и т.д.

Разделение всех проявлений психики на указанные три категории весьма условно. Понятие «психический процесс» подчеркивает процессуальность, динамику факта, устанавливаемого психологией. Понятие «психическая особенность», или «психическое свойство», выражает устойчивость психического факта, его закрепленность и повторяемость в структуре личности. Один и тот же психический факт, например, аффект, т.е. бурная и кратковременная эмоциональная вспышка, с полным правом может быть охарактеризован и как психический процесс (поскольку в нем выражена динамика развития чувств, выявлены последовательно сменяющие друг друга стадии), и как психическое состояние (поскольку он представляет характеристику психической деятельности за определенный период времени), и как проявление психических особенностей человека (поскольку здесь обнаруживается такая черта личности, как вспыльчивость, гневливость, несдержанность).

Схематически можно представить три основных направления психических действий: вовне, в обстоятельства, окружающие человека (отражение внешних событий и отношение к ним), и внутрь, в сферу изменений, происходящих в самом организме. Последняя направленность психических процессов, в свою очередь, может быть дифференцирована преимущественно в область телесных, в том числе висцеральных, системно-органных изменений, либо в сложное состояние и бесконечные изменения самих психических процессов. В результате все три сферы такой направленности становятся объектом отражения в сознании, тогда как сами они становятся доступными активному субъективному контролю и управлению (коррекции). В клинической практике получил признание взгляд Вернике о трех видах ориентировки человека. Ориентировке аллопсихической (аллос — внешнее) — в окружающих предметах и событиях; соматопсихической — в состоянии собственных телесных изменений и аутоп-

сихической — ориентировке в собственном «Я», в своих психических процессах.

Сложная интеграция психикой внешних и внутренних влияний, всегда сохраняющих единство и взаимопроникновение, по существу и определяет целостное самоощущение, самочувствие человека здорового и больного. У человека с его сформировавшейся психикой любые внешние для нее воздействия — физические, биологические и общественные, всегда опосредуются через внутренние особенности, внутренний «опыт» организма и в первую очередь через его психику, его сознание.

Общая психология изучает общие закономерности возникновения, функционирования и развития психики, и на нее опираются все психологические отрасли. Важнейшая задача общей психологии — раскрытие психологических закономерностей формирования человека как личности.

Задачей психологии является также исследование рефлекторной природы психики вообще и сознания человека в особенности.

Одной из задач психологии является изучение закономерностей развития психики в животном мире, в истории человеческого общества и у отдельного человека в течение его жизни. Психология призвана выяснить основные стадии развития психики у животных в зависимости от изменения природных *условий* жизни организмов; изучить, как возникло сознание людей и как оно изменялось в течение исторической жизни общества; исследовать закономерности развития психики детей в условиях их воспитания. Сознание человека имеет сложное строение.

Специальной задачей психологии является выяснение структуры сознания и вместе с тем детальное изучение определенных форм его проявления — психических процессов, психических состояний и психических свойств личности.

Одна из существенных задач психологии — исследование психологической стороны различных видов деятельности человека.

Осуществляя указанные общие и связанные с ними частные задачи, современная психология работает в тесном контакте с педагогикой. Ряд конкретных отраслей психологии, занятых решением этих задач — педагоги-

ческая психология и возрастная психология, взаимодействует с разделами педагогики, теорией и методикой воспитания, дидактикой, частными методиками преподавания отдельных учебных предметов, таких как математики, истории, географии **и** т.д.

Научная психология своим предметом имеет изучение закономерностей психических процессов, раскрытие индивидуально-психических свойств личности и психических состояний человека, а также изучение психологических основ его деятельности.

2. Связь психологии **С ДРУГИМИ НАУКАМИ**

Для современной психологии характерен процесс дифференциации. Этот процесс порождает значительную разветвленность отраслей психологии, которые далеко расходятся и отличаются друг от друга вследствие того, что разные ветви психологии тяготеют к различным смежным наукам, хотя **и** сохраняют общий предмет исследования — факты, закономерности и механизмы психики. Дифференциация психологии дополняется встречным процессом интеграции, **в** результате которой происходит, во-первых, стыковка психологии со смежными науками (через инженерную психологию — с техникой, через педагогическую психологию — с педагогикой **и** т.д.), во-вторых, внутри самой психологической науки обнаруживаются возможности объединения ранее не связанных между собой отраслей. Так, на основе точки зрения, согласно которой личность формируется не непосредственно, а через включение **в** совместную деятельность, намечается сближение социальной психологии **и** психологии труда.

Современная психология находится на стыке ряда наук. Она занимает промежуточное положение **в** системе между общественными науками, с одной стороны, естественными наукам — с другой, техническими — с третьей. Близость ее к этим наукам, даже наличие отраслей, совместно разрабатываемых с некоторыми из них, ни **в** коей мере не лишает ее самостоятельности. Во всех своих отраслях психология сохраняет свой предмет исследования, свои теоретические принципы, свои пути изучения этого предмета.

Что же касается многогранности психологических проблем, столь значимых не только для психологии, но и для смежных с нею наук, то это объясняется тем, что в центре внимания психологов всегда остается человек — главное действующее лицо мирового прогресса. Все науки и отрасли знаний имеют смысл и значение только в связи с тем, что они служат человеку, вооружают его, творятся им, возникают и развиваются как человеческая теория и практика. Все дальнейшее развитие психологических знаний представляется как максимальное расширение связей психологии со смежными науками при сохранении самостоятельного предмета исследования.

Все эти задачи психология решает в тесном содружестве с другими науками. Она использует данные многих наук **и** вместе с тем сама обогащает эти науки. Прежде всего, психология тесно связана с философией.

Философия изучает наиболее общие законы развития природы, общества **и** человеческого мышления. Психология опирается на эти законы в понимании психики животных **и** сознания человека. С другой стороны, философия использует научные достижения психологии для своего развития.

Психология непосредственно связана с ***анатомией и физиологией,*** и особенно е физиологией высшей нервной деятельности. Законы работы больших полушарий головного мозга объясняют физиологические механизмы отражательной деятельности животных и человека. Без опоры на эти законы невозможно научное понимание психики.

Психология связана с ***педагогическими науками.*** Это не случайно: данные психологических исследований о развитии детей в процессе обучения **и** воспитания являются одним из важных источников теорий педагогики и частных методик, т.е. методик преподавания различных учебных предметов.

Психология, особенно ***детская*** **и** ***педагогическая,*** в свою очередь, использует педагогические знания об общих закономерностях процесса обучения и воспитания.

Психология взаимно связана с такими науками, как ***логика, языкознание, литературоведение, искусствоведение, кибернетика.***

Психологи в своих исследованиях используют данные ***биологии, антропологии и истории материальной культуры.***

В решении задач по определению сущности, структуры и закономерностей развития психики психология взаимодействует с другими — общественными и естественными науками. Единство и целостность различных отраслей психологической науки обеспечивается единством предмета и методологии.

Очень важно значение психологии в системе научного знания современного общества. Но психология имеет и большее практическое значение, особенно в работе медицинского работника.

Знание психологии необходимо нам и для самовоспитания. Научное объяснение таких явлений психики, как внимание, память, мышление, характер, способности, помогает человеку.

Особенно это может помочь молодым людям в совершенствовании ценных качеств своего ума, воли, характера.

3. **ОТРАСЛИ** психологии

Потребность использования психологических знаний в разных областях жизненной практики привела к развитию нескольких отраслей психологии.

Современная психология представляет собой разветвленную систему научных дисциплин психологии, находящихся на разных ступенях формирования, связанных с различными областями практики. Как же классифицировать эти многочисленные отрасли психологии? Одна из возможностей классификации содержится в принципе развития психики в деятельности. Исходя из этого, в качестве основания классификации отраслей психологии может быть избрана психологическая сторона: 1) конкретной деятельности, 2) развития, 3) отношения человека (как субъекта развития и деятельности) к обществу (в котором осуществляется его деятельность и развитие).

Если принимать первое основание классификации, то можно выделить ряд отраслей психологии, изучающих психологические проблемы конкретных видов человеческой деятельности.

Медицинская психология изучает психологические аспекты деятельности врача и поведения больного. Она подразделяется на нейропсихологию, изучающую соотношение психических явлений с физиологическими мозговыми структурами; *психофармакологию,* изучающую влияние лекарственных веществ на психическую деятельность человека; *психотерапию,* изучающую и использующую средства психического воздействия для лечения больного; *психопрофилактику* и *психогигиену,* разрабатывающих систему мероприятий для обеспечения психического здоровья людей.

Психология труда изучает психологические особенности трудовой деятельности человека, психологические аспекты научной организации труда. В задачу психологии труда входит исследование профессиональных особенностей человека, закономерностей развития трудовых навыков, выяснение влияния на трудящегося производственной обстановки, конструкции и расположения приборов и станков, средств сигнализации и т.п. Психология труда имеет ряд разделов, которые являются вместе с тем самостоятельными, хотя и тесно связанными друг с другом отраслями психологической науки. Таковы: *инженерная психология,* изучающая главным образом деятельность оператора в автоматизированных системах управления, решающая проблему распределения и согласования функций между человеком и машиной и др.; *авиационная психология,* исследующая психологические закономерности деятельности человека в процессе летного обучения и выполнения полетов; *космическая психология,* исследующая психологические особенности деятельности человека в условиях невесомости и пространственной дезориентации, при возникновении особых состояний, связанных с нервно-психическим напряжением при чрезмерных перегрузках организма, и т.п.

Педагогическая психология имеет своим предметом изучение психологических закономерностей обучения и воспитания человека. Она исследует формирование у учащихся мышления, изучает проблемы управления процессом усвоения приемов и навыков интеллектуальной деятельности, выясняет психологические факторы, влияющие на успешность процесса обучения, взаимоотношения между пе-

дагогом и учеником, студентом и отношения в коллективе, индивидуально-психологические различия учащихся, психологические особенности учебно-воспитательной работы с детьми, обнаруживающими отклонения в психическом развитии, психологическую специфику работы со взрослыми в процессе их обучения и т.д. К разделам или узким областям педагогической психологии относятся: психология обучения (психологические основы дидактики, частных методик, формирования умственных действий и т.д.); психология воспитания (психологические основы методики воспитания, психология ученического коллектива, психологические основы исправительно-трудовой педагогики); психология учителя, психология учебно-воспитательной работы с аномальными детьми.

Юридическая психология рассматривает психологические вопросы, связанные с реализацией системы права. Она подразделяется на *судебную психологию,* исследующую психические особенности поведения участников уголовного процесса (психология свидетельских показаний, особенности поведения обвиняемого, психологические требования к допросу и т.п.); *криминальную психологию,* занимающуюся психологическими проблемами поведения и формирования или деформации личности преступника, мотивами преступления и т.д.; *пенитенциарную психологию,* изучающую психологию заключенного в исправительно-трудовой колонии, психологические проблемы воспитания методами убеждения и принуждения и т.п.

Военная психология исследует поведение человека в условиях боевых действий, психологические стороны взаимоотношений начальников и подчиненных, методы психологической пропаганды и контрпропаганды, психологические проблемы управления боевой техникой и т.д.

Психология спорта рассматривает психологические особенности личности и деятельности спортсменов, условия и средства их психологической подготовки, психологические параметры тренированности и мобилизационной готовности спортсмена, психологические факторы, связанные с организацией и проведением соревнований.

***Психология** торговли* выясняет психологические условия воздействия рекламы, индивидуальные, возрастные и другие особенности спроса, психологические фак-

торы обслуживания клиентов, исследует вопросы психологии моды и т.п. В условиях рыночной экономики ее значение существенно возрастает.

Если за основу классификации ветвей психологии принять психологические аспекты развития, то перед нами выступит ряд ее отраслей, в которых реализуется принцип развития.

Возрастная психология, изучающая онтогенез различных психических процессов и психологических качеств личности развивающегося человека, разветвляется на детскую психологию, психологию подростка, психологию юности, психологию взрослого человека, геронтопсихологию. Возрастная психология исследует возрастные особенности психических процессов, возрастные возможности усвоения знаний, факторы развития личности и т.д. Одна из центральных проблем возрастной психологии — проблема обучения и умственного развития и их взаимозависимость широко обсуждается психологами, которые заняты отысканием надежных критериев умственного развития и определением условий, при которых достигается эффективное умственное развитие в процессе обучения.

Психология аномального развития, или специальная психология. Она разветвляется на патопсихологию, исследующую отклонения в процессе развития психики, распад психики при различных формах мозговой патологии; олигофренопсихологию — науку о патологии психического развития, связанную с врожденными дефектами мозга; сурдопсихологию — психологию формирования ребенка при серьезных дефектах слуха, вплоть до полной глухоты; тифлопсихологию — психологию развития слабовидящих и незрячих.

Сравнительная психология — отрасль психологии, исследующая филогенетические формы психической жизни. В области сравнительной психологии осуществляется сопоставление психики животных и человека, устанавливается характер и причины существующих сходств и различий в их поведении. Разделом сравнительной психологии является зоопсихология, которая изучает психику животных, принадлежащих к различным систематическим группам (видам, родам, семействам), важнейшие формы и механизмы поведения. К классичес-

ким объектам сравнительной психологии (паукам, муравьям, пчелам, птицам, собакам, лошадям, обезьянам) в настоящее время присоединены китообразные (дельфины). Врожденные механизмы поведения животных составляют объект специального изучения в сравнительно новой отрасли биологии и психологии — этологии.

Если классифицировать ветви психологии с точки зрения психологических аспектов отношений личности и общества, то вычленяется еще один ряд отраслей психологической науки, объединяемых понятием социальная психология.

Социальная психология изучает психические явления, которые возникают в процессе взаимодействия людей в различных организованных и неорганизованных общественных группах. В структуру социальной психологии в настоящее время входят следующие три круга проблем.

Социально-психологические явления в больших группах — в макросреде. Сюда относятся проблемы массовой коммуникации — радио, телевидение, пресса и т.д. Механизмы и эффективность воздействия средств массовой коммуникации на различные общности людей, закономерности распространения моды, слухов, общепринятых вкусов, обрядов, предубеждений, общественных настроений, проблемы психологии классов, наций, психология религии.

Социально-психологические явления в так называемых малых группах — в микросреде. Сюда относятся проблемы психологической совместимости в замкнутых группах, межличностных отношений в группах, групповой атмосферы, положения лидера и ведомых в группе, типов группы (ассоциация, корпорация, коллективы), соотношения формальных и неформальных групп, количественных пределов малых групп, степени и причин сплоченности группы, восприятия человека человеком в группе, ценностных ориентации группы и многие другие. Если иметь в виду, например, семью как малую группу, то к числу важных проблем может быть отнесена динамика отношений между родителями и детьми, проблема сохранения авторитета старших и т.д.

Социально-психологические проявления личности человека (социальная психология личности). Личность человека является объектом социальной психологии. К про-

блемам социальной психологии личности относятся проблемы, связанные с изучением направленности личности, ее самооценки, самочувствия и самоуважения, устойчивости личности и внушаемости, коллективизма и индивидуализма, вопросы, связанные с изучением установок личности, их динамики, перспектив личности.

Каждая отрасль изучает психику человека в конкретных условиях его жизни и деятельности.

Детская психология изучает закономерности развития психики на разных ступенях формирования ребенка.

Научно-технический прогресс вызвал к жизни новую отрасль психологии — ***инженерную психологию,*** которая изучает вопросы, связанные с деятельностью человека, стоящего у пульта управления автоматизированного предприятия.

Психология искусства изучает процесс восприятия художественных произведений и процесс художественного творчества.

Космическая психология изучает особенности психической деятельности космонавта в процессе его работы — при подготовке к полету **в** космос и **в** космосе.

4. ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ психологии

Психология, как и любая другая наука, имеет свои особые методы исследования, выбор которых зависит от исходных позиций ее в понимании психики.

Отечественная психология при выборе методов изучения психики людей исходит из следующих принципов.

Принцип детерминизма, причинной обусловленности психической деятельности.

В мире не существует беспричинных явлений. Это относится и к психике. Любой психический акт животного и человека имеет свою причину. Психическая деятельность людей детерминирована социальными условиями их жизни, особенностями их воспитания и деятельности. Научная психология не ограничивается простым описанием психических явлений, она обязательно ищет причины их возникновения. Метод самонаблюдения, который эмпирическая психология XIX в. считала основным, очень мало помог науке, так как он не позволял вскрыть объективные причины психической деятельности людей.

Принцип развития психики.

Психическая деятельность человека не может быть понятой до конца, если ее изучать статично, вне движения и развития. Так, нельзя понять поведение взрослого человека без учета истории его жизни. Невозможно объяснить и особенности психики людей, игнорируя предысторию человеческого сознания — психику животных. Научная психология понимает развитие не только в количественном, но и в качественном отношении. Так, психическая деятельность студента качественно отлична от психической деятельности ребенка дошкольного возраста. Студент не только больше знает и имеет больше умений и навыков, чем ребенок. Его знания, умения, переживания, действия, взаимоотношения с людьми иные, чем у дошкольника. Общая психология, изучая психику главным образом взрослых людей, использует для доказательства ряда положений данные, добытые детской психологией, например, данные о развитии у ребенка отдельных психических процессов — ощущений, восприятий и пр. Один из методов общей психологии — биографический — позволяет изучать личность человека в ее развитии.

Принцип ведущей роли деятельности в развитии психики.

Психика человека, будучи субъективным отражением объективного мира, развивается в процессе активного взаимодействия человека с другими людьми, в различных видах его деятельности, начиная с простейших игр ребенка и кончая творческим трудом взрослого человека. Вне деятельности человека не может быть развития его психики — важнейшего компонента деятельности. Поэтому среди методов психологии должны быть такие методы, которые позволяют произвести всесторонний психологический анализ выполнения человеком разнообразных умственных и практических заданий, характерных для той или иной деятельности (игровой, учебной, трудовой, организаторской и т.п.).

Принцип единства психической деятельности человека.

Психика человека, его субъективный мир — это единое, нераздельное целое, продукт системной деятельности мозга, в котором психолог лишь с целью исследования в известной мере искусственно выделяет различные

психические процессы, состояния и свойства. Изучая отдельные проявления психики, сознания, исследователь обязан помнить о целом, о личности, видеть взаимные связи и зависимости между восприятием, мышлением, памятью, чувствами, интересами, установками человека и специально изучать их. Принцип единства сознания особенно важно соблюдать в лабораторном эксперименте, когда в силу особенностей этого метода психолог отвлекается от многих сторон личности изучаемого им человека, кроме одной, которую он исследует.

Принцип объективности в изучении психики.

Важнейшее требование любой науки — объективность исследования, его точность. Это означает, что ученый не должен ничего привносить от себя в изучаемые явления, а исследовать их такими, какими они есть в действительности. Но можно ли объективно изучать субъективный мир человека? Можно ли узнать о мыслях, чувствах, желаниях других людей? Многие психологи считают субъективный мир человека непознаваемым или познаваемым лишь в той мере, в какой о нем может судить сам субъект. Научная психология считает, что психическая жизнь людей (и животных) так же познаваема, как и все явления действительности. О переживаниях человека, его мыслях и желаниях можно судить по его поступкам, содержанию и характеру его речи, результатам (продуктам) его деятельности, т.е. объективно. Отечественная психология пользуется несколькими методами объективного исследования психики человека; главными из них являются наблюдение и эксперимент.

Принцип конкретности исследования психики.

Человек живет и развивается в конкретных условиях семьи, школы, производства и т.д. У него устанавливаются совершенно определенные взаимоотношения с людьми, что существенно влияет на поведение и психическое развитие этого человека. Принцип конкретности требует от психолога выбора таких методов исследования, которые позволили бы ему изучать личность человека в конкретных, определенных условиях его жизни. Соблюдение этого принципа обязательно при изучении целостного поведения личности, например при составлении психолого-педагогической характеристики ученика.

Охарактеризуем *основные методы современной научной психологии.*

Наблюдение.

Это такой метод, при помощи которого психолог целенаправленно и планомерно воспринимает и фиксирует многообразные проявления психической деятельности изучаемых им людей и условий ее протекания. При наблюдении исследователь не вмешивается ни в естественный ход психической деятельности этих людей, ни в условия ее протекания. Пользуясь методом психологического наблюдения, можно довольно полно и объективно фиксировать внешние проявления психики человека в различных условиях его жизни и деятельности в условиях труда, учения, игры и пр.

В зависимости от цели исследования наблюдение может быть *сплошным* и *выборочным.*

При *сплошном* наблюдении исследователь фиксирует все проявления психики изучаемых им людей и по возможности в разнообразных условиях их жизни,

При *выборочном* наблюдении психолог фиксирует только те проявления психики, которые имеют прямое отношение к теме его исследования.

Психологические наблюдения должны отвечать нескольким требованиям. Прежде всего исследователь обязан подготовить себя к их проведению: изучить научную литературу по теме исследования, точно осознать задачу, которую он себе ставит, отобрать объекты наблюдения, составить план, разработать формы фиксации материала наблюдения (собственная запись, звукозапись, фотографирование, видеосъемка и т.д.). В процессе самого наблюдения исследователю нужно умело отбирать факты для фиксации в соответствии с целью исследования, но при этом быть вполне объективным и фиксировать не только то, что подтверждает его предположение, но и то, что, возможно, противоречит ему. По окончании наблюдений исследователь обязан подвергнуть собранный материал тщательному психологическому анализу и сделать лишь те научные выводы, которые действительно из него вытекают.

Достоинство метода психологического наблюдения в практике научного исследования заключается в том, что

с его помощью можно собрать богатый фактический материал непосредственно из жизни и деятельности личности. Однако возможности использования этого метода все же ограничены. Во-первых, используя метод наблюдения, психолог не может вмешиваться в естественный ход изучаемого психического явления, поэтому он не в состоянии изменить его, ускорить, замедлить, повторить нужное количество раз. Во-вторых, некоторые психические явления могут быть вызваны несколькими одновременно действующими причинами, и какая из них основная, при простом наблюдении не всегда удается выявить. Кроме того, в сложных условиях деятельности человека случайные обстоятельства могут маскировать истинные причины явления. В-третьих, фактические данные, собранные методом наблюдения, с трудом поддаются точной количественной обработке, и исследователю часто приходится ограничиваться только качественным анализом.

Эксперимент.

Указанных недостатков лишен другой основной метод психологии — эксперимент. Посредством эксперимента исследователь может вызвать изучаемое явление психики, создав для этого необходимые условия, может до предела упростить эти условия, заменить их другими, ускорить или замедлить протекание психического процесса, может несколько раз повторить изучаемый процесс и ввиду равенства экспериментальных условий подвергнуть собранный материал количественной обработке.

Существует два вида эксперимента — *лабораторный* и *естественный*.

Лабораторный психологический эксперимент обычно проводится в специально созданных лабораториях, оборудованных соответствующими техническими средствами. В нашей стране существует немало проблемных психологических лабораторий, оснащенных новейшими приборами, техническими экспериментальными установками, кибернетическими устройствами. Лабораторный эксперимент можно проводить и без психологической аппаратуры.

Метод лабораторного эксперимента имеет некоторые недостатки. Изучаемые лица (испытуемые) всегда знают, что над ними ставят какой-то опыт, цель которого им точно неизвестна. Этот факт может вызвать у испытуемых

излишнее нервное напряжение. Сами условия лабораторного эксперимента необычны, искусственны. Наконец, посредством лабораторного эксперимента трудно изучать сложные, но жизненно важные явления психики человека — чувства, волю, интересы, характер и др.

Психологический лабораторный эксперимент значительно труднее эксперимента физического или физиологического. Объект эксперимента — испытуемый, независимо от желания экспериментатора, может регулировать свои реакции во время эксперимента: намеренно (а иногда и непроизвольно) убыстрять или замедлять их, т.е. вести себя несвойственным ему образом. На поведение испытуемого влияет физическое и психическое состояние его во время эксперимента (усталость, рассеянность, напряженность, степень заинтересованности в результатах эксперимента и пр.), а также отношение к экспериментатору, степень доверия к нему.

Естественный эксперимент в отличие от лабораторного ставится в привычных для испытуемого условиях. Испытуемый не подозревает, что он является объектом исследования, и выполняет экспериментальные задания так же естественно, как и все другие задания. Например, когда исследователь ставит цель раскрыть некоторые закономерности психики учащихся в процессе обучения и воспитания, он проводит эксперимент непосредственно в школе, нередко выступая перед учащимися в качестве учителя. Такой вид естественного эксперимента называется психолого-педагогическим.

Успешность применения естественного эксперимента зависит от разработанности экспериментальных заданий, тщательности учета условий эксперимента, точности и полноты фиксирования его хода.

Метод беседы.

Он состоит в том, что некоторые явления психики исследователь изучает посредством анализа словесных реакций человека на специально сформулированные вопросы, вытекающие из цели исследова чия. Успех проведения беседы зависит от подготовленности к ней исследователя. Он заранее должен составить план беседы, продумать и точно сформулировать вопросы, не допуская вопросов, трудных для понимания, а также вопросов вну-

тающего и сбивающего характера. Беседу следует вести спокойно, непринужденно, в тоне доброжелательного отношения к испытуемому, с учетом его возрастных и индивидуальных особенностей. Все вопросы и ответы точно регистрируются, например, при помощи магнитофона.

Методом беседы изучают представления и понятия человека об окружающем мире, интересы и склонности, мотивы действий и поступков. Беседа нередко служит подсобным методом в соединении с наблюдением и экспериментом.

Метод анализа продуктов деятельности человека.

Суть этого метода состоит **в** том, что некоторые психические процессы и свойства личности изучаются опосредствованно, по материальным результатам (продуктам) деятельности человека. Вещи, созданные человеком, обязательно носят на себе отпечаток их творца.

Объектами психологического анализа могут быть произведения писателя, картины художника, изобретения конструктора и пр. Особенно ценны черновые варианты, эскизы, чертежные наброски и другие незаконченные продукты творческой деятельности человека, по которым можно судить о самом процессе творчества. С этой же целью психологическому анализу подвергают дневники, письма, воспоминания изучаемых лиц. Однако суждения, полученные на основе анализа продуктов деятельности человека, должны быть проверены другими методами исследования.

Биографический метод.

Пользуясь им, психолог изучает человека на основании данных истории его жизни. Биографический метод обычно используется в сочетании с другими методами исследования.

Анкетный метод.

Это психологическое исследование путем массового опроса. Анкета — лист с вопросами в количестве от 5 до 25 и более, предлагаемыми для ответа людям определенной категории — учащимся, студентам, молодым рабочим, лицам какой-либо профессии и пр. По ответам на вопросы исследователь судит о тех или иных сторонах психики опрошенных лиц, например, об их интересах, идеалах, стремлениях, суждениях о книгах, кинокартинах, событиях общественной жизни и т.д.

Анкеты обычно не подписываются. Этот метод исследования хорош тем. что охватывает сразу большое количество людей, однако достоверность анкетных данных лишь вероятная: некоторые из опрошенных лиц дают неточные и неполные, а то **и** заведомо неверные ответы, другие оставляют вопросы без ответов. Анкета дает исследователю лишь предварительную ориентировку **в** материале.

Метод тестов.

Тесты — небольшие серии специально подобранных вопросов и заданий диагностического характера. Существуют, например, тесты для определения профессиональной пригодности человека (машиниста, охранника, диспетчера, летчика). Задания составлены так, что по выполнению их можно судить **об** уровне знаний, умений и навыков человека **и о** тех его личных качествах, которые необходимы для выполнения определенного вида работы.

Метод тестов широко распространен и используется **в** психодиагностических целях.

Моделирование психической деятельности.

Моделирование представляет собой метод косвенного изучения объекта: исследуется **не** сам объект (предмет, явление, процесс), **а** его модель, т.е. другой объект, заменяющий ученому оригинал. Подобная замена оригинала его моделью необходима **в** случаях, когда непосредственное исследование объекта затруднено или вообще невозможно.

Так, медики изучают течение некоторых опасных болезней человека и способы их лечения на животных, искусственно вызывая у них эти болезни; химики строят модели молекул и атомов, астрономы — модели солнечной системы и космических явлений и т.д. Выводы, полученные при изучении модели, затем переносят на оригинал (прототип).

Но для того, чтобы знания об оригинале, добытые таким образом, были вполне достоверны, его модель должна отвечать определенным требованиям. Она должна иметь сходство с оригиналом в целом или в каких-то строго определенных свойствах имитировать изучаемый объект, должна быть относительно простой и удобной для исследования, и, наконец, изучение ее должно давать ученому новое знание об оригинале, в противном случае моделирование не будет служить методом

познания. Таким образом, моделирование — это научный метод исследования предметов и явлений действительности.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте понятие общей психологии.
2. Расскажите о предмете и функции психологии.
3. Расскажите о задачах психологии.
4. Раскройте методологию психологии.
5. Расскажите о связи психологии с другими науками.
6. Расскажите об отраслях психологии.
7. Расскажите о принципах психологии.
8. Расскажите о методах исследования в психологии.

ГЛАВА 3. ПСИХИКА

1. ПСИХИКА КАК свойство МОЗГА

Психика — это отражение мозгом реальной действительности, проявляющаяся у человека в трех видах психических явлений: психические процессы, психические состояния, свойства личности.

Психические процессы — элементарные психические явления, включенные в более сложные виды психической деятельности. Они наиболее кратковременны — от долей секунд до десятков минут. Например: ощущения, восприятие, мышление, эмоции и чувства, память, волевые процессы и т.д.

Психические состояния сложней и длительней, они могут продолжаться до нескольких недель. Например: состояния бодрости, подавленности, работоспособности или усталости и т.д.

Свойства личности наиболее продолжительны и присущи человеку в течение всей жизни, либо длительного времени.

Психические состояния, психические процессы и свойства личности тесно связаны между собой. Например. 1. Психические процессы и свойства темперамента предопределяют то или иное состояние. ***2.*** Состояния, часто

повторяясь, могут стать предпосылкой для формирования привычки или черты характера. 3. Состояния бодрости **и** активности обостряют внимание. 4. Подавленность **и** пассивность ведут к рассеянности, поверхностным восприятиям **и** вызывают преждевременную усталость. Психические процессы могут включаться один в другой. Например. 1. Ощущение возбуждает внимание и мышление. 2. Восприятия сопровождаются представлениями и воображением. 3. Эмоции могут вызывать или подавлять волевые усилия.

Все психические явления проявляются вовне как действия и поступки человека, из которых складывается его деятельность, которой он активно преобразует внешний мир.

Психика понимается как свойство высокоорганизованной материи, заключающееся в активном отражении субъектом объективного мира, в построении субъектом неотчуждаемой от него картины мира и саморегуляции на этой основе своего поведения **и** деятельности. В психике представлены и упорядочены события прошлого, настоящего и возможного будущего. На человеческом уровне события прошлого выступают в данных опыта, представлениях памяти, события настоящего — в совокупности образов, переживаний, умственных актов, а события возможного будущего выступают в побуждениях, намерениях, целях, кроме того — в фантазиях, грезах, сновидениях. Психика у человека носит как осознанный, так и неосознанный характер. Благодаря активному и опережающему отражению органами чувств и головным мозгом внешних объектов в форме психики, становится возможным осуществление действий, адекватных свойствам этих объектов, и, тем самым, выживание организма и его поисковая и надситуационная активность. Поэтому, определяющими признаками психики являются отражение, дающее образ предметной среды, в которой действуют живые существа, их ориентация в этой среде и удовлетворение потребности в контактах с нею. Эти контакты по принципу обратной связи контролируют правильность отражения. Благодаря обратной связи производится сопоставление результата действия с образом, возникновение которого опережает этот результат, предваряя его в качестве своеобразной модели действительности.

Психика как особое свойство высокоорганизованной материи мозга возникла на основе элементарной способности органической материи реагирозать на внешние воздействия, на основе раздражимости. Под влиянием усложнения среды и образа жизни у живых организмов возникло более сложное, чем раздражимость, свойство — общая чувствительность к внешним воздействиям среды, т.е. недифференцированные ощущения. Реакция (ответ) на внешние воздействия в связи с изменением внутреннего состояния организма происходила в виде простейших движений живого существа.

В процессе эволюции животного мира развивались органы чувств, органы движения и нервная система животных. Из общей чувствительности возникли и развивались далее специальные ощущения — зрительные, слуховые, обонятельные, кожные. Эти ощущения, будучи отражением различных свойств воздействующих на животное предметов, позволяли ему лучше ориентироваться в окружающей среде, служили внутренним регулятором его поведения. Вместе с развитием нервной системы животных в процессе их приспособления к условиям существования развивалась и их психика.

У человека нервная система имеет самый высокий уровень развития, что объясняется особыми условиями его существования и деятельности. Поэтому психика человека, его сознание существенно отличаются от психики животных.

Процесс отражения объективного мира человеком является особым процессом. Своеобразие его заключается прежде всего в том, что оно не пассивное, зеркальное отражение, а активное. Это означает, что люди, отражая объективный мир, сами на него воздействуют, изменяют его в соответствии со своими целями, интересами, потребностями. Процесс отражения действительности человеком носит целенаправленный, сознательный характер и неразрывно связан с активной деятельностью, практикой человека.

Практику надо понимать не только как деятельность отдельного человека, но и как деятельность всего общества. Практика является источником знаний людей об окружающем их мире и о них самих, на практике люди

проверяют истинность этих знаний, в практической деятельности они реализуют свои замыслы. Но, изменяя окружающий мир, человек меняется и сам.

Все психические процессы и все стороны личности человека формируются и развиваются только через активную практическую деятельность.

Научная психология, на основе всестороннего изучения конкретной психологии людей, приходит к выводу, что психика, т.е. отражательная деятельность мозга, представляет собой единство субъективного и объективного. Она объективна по содержанию и субъективна по форме, ибо принадлежит конкретным людям, отличающимся друг от друга как по своим природным свойствам, так и по образу жизни и условиям воспитания.

Психика выступает как единая цикличная система, имеющая историю и рефлекторная по своему тину.

2. РЕФЛЕКТОРНАЯ ПРИРОДА психики

Наукой доказано, что психическая деятельность человека и животных по своему физиологическому механизму является высшей нервной деятельностью. Психика имеет рефлекторную природу.

Вопрос о связи психических явлений с деятельностью мозга имеет большую давность. Уже древнегреческие врачи-естествоиспытатели на основе наблюдений над больными указывали на связь психических явлений с деятельностью мозга, однако они не могли объяснить эту связь в силу слабого развития науки.

В XVII в. Декарт ввел в науку понятие рефлекса, чем оказал огромное революционизирующее влияние на ход исследований поведения животных и человека. Под рефлексом он понимал ответную реакцию организма на внешнее раздражение. Какое-либо внешнее раздражение (свет, звук, прикосновение) действуют на соответствующий орган чувств животного; возникшее здесь нервное возбуждение передается в мозг, а оттуда к органам движения — мышцам. Движения животного, таким образом, суть не что иное, как рефлексы, т.е. причинно обусловленные акты отражения животным внешних раздражений.

Рефлекторность означает первичность объективных условий жизни организма и вторичиость их воспроизве-

дения в психике, закономерный переход воспринимающих компонентов системы в исполнительные, целесообразность двигательных эффектов и их обратное влияние на образ.

Такое понимание рефлекторной природы психики было впервые разработано И.М. Сеченовым. Активность психики проявляется и при отображении реальности, поскольку оно предполагает преобразование физико-химических раздражителей, действующих на нервные аппараты, в образы предметов, и в сфере побуждений, придающих поведению энергию и стремительность, и при исполнении программы поведения, включающей поиск и выбор вариантов.

Рефлекторное понимание актов поведения животных и человека не оставляло места для души и других нематериальных сил в объяснении проявлений их психики. Однако Декарт, угадавший нервный механизм отдельных непроизвольных актов поведения животных, не мог объяснить механизма целостного поведения животного, механизма целесообразности поведения, соответствия его внешним изменяющимся условиям существования и внутренним потребностям организма.

К научному пониманию мозговых механизмов психической деятельности психология пришла не сразу. И.М. Сеченов в труде «Рефлексы головного мозга» (1863) показал, что психическая деятельность человека по своей природе является рефлекторной (отражательной) деятельностью.

И.М. Сеченов утверждает, что «все акты сознательной и бессознательной жизни по способу своего происхождения суть рефлексы», что психическая деятельность человека возникает в процессе рефлекторной деятельности головного мозга и неотделима от него. В рефлекторном акте И.М. Сеченов различает три части. Начало рефлекса составляют раздражения чувствующего нерва и превращение этих раздражений в органах чувств в нервное возбуждение, передаваемое в головной мозг. Средняя часть акта — это нервные процессы возбуждения и торможения, происходящие в головном мозгу, которые и являются основой возникновения психической деятельности (ощущений, представлений, памяти, мышления, чувств, воли и др.). Конечное звено рефлекторного акта — это движение мышц и

органов тела (проявляется в действиях, поступках человека).

И.М. Сеченов указывает на неразрывную связь и взаимодействие всех трех частей рефлекса. Раскрывая рефлекторное происхождение психической деятельности человека, И.М. Сеченов вместе с тем убедительно доказывает ее детерминированность, причинную обусловленность, т.е. зависимость всех действий, поступков человека от условий внешней среды. «Первоначальная причина всякого поступка, — пишет он, — лежит всегда во внешнем чувственном возбуждении, потому что без него никакая мысль невозможна».

Чем разнообразнее события, в которых участвует личность, и деятельность, которой она занята, тем разнообразнее ее психические состояния. К ним можно отнести состояния внимательности и рассеянности, умственной активности или пассивности, состояния решительности или нерешительности, заинтересованности чем-либо или скуки, тревожного или радостного ожидания, утомленности и т.п.

Изучение многообразных психических состояний, в которых проявляется жизнедеятельность человека, имеет большое практическое значение, особенно в деятельности медицинского работника. Указанные формы психической деятельности не существуют изолированно. Они представляют собой лишь различные проявления сложной отражательной деятельности мозга человека.

Психика формируется и развивается в активной деятельности человека. Нельзя изучать психические процессы, свойства и состояния личности вне ее деятельности — трудовой, учебной, игровой и т.д. Поэтому в круг вопросов, которыми занимается психология, входит также психологическая характеристика деятельности людей.

Возникая на определенном уровне биологической эволюции, психика сама выступает в качестве одного из ее факторов, обеспечивая возрастающую по сложности приспособляемость организмов к условиям их существования. А с переходом к человеку психика приобретает качественно новую структуру, обусловленную общественно-историческими закономерностями, возникает***0Фзяание** как ведущий уровень регуляции деятельности, формируется

личность, служащая источником высших проявлений активности психики.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ и ЗАДАНИЯ

1. Дайте определение психики.
2. Расскажите о понятиях и взаимосвязи психических процессов, состояний, свойств.
3. Что такое рефлекторность?
4. В чем сущность рефлекторной природы психики?
5. Расскажите о развитии психики.

ГЛАВА 4. СОЗНАНИЕ КАК ВЫСШАЯ СТУПЕНЬ РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ

1. СОЗНАНИЕ

Вопрос о взаимоотношении психики и мозга является предметом постоянной дискуссии между представителями различных направлений в философии, медицине и психологии.

Отечественная наука утверждает, что психическая деятельность — это функциональная способность мозга отражать объективную действительность и обеспечивать адекватные взаимоотношения организма с окружающей средой. С психофизиологических позиций психическая деятельность — это сложный, многоэтапный, многозвеньевой физиологический процесс, все звенья которого функционируют в гармоническом единстве.

Сознание — это высший уровень отражения действительности, проявляющийся способностью личности отдавать себе ясный отчет об окружающем, о настоящем и прошлом времени, принимать решения и в соответствии с ситуацией управлять своим поведением.

Можно привести характеристику или структуру сознания. *Первая характеристика — это совокупность знаний об окружающем мире, вторая — закрепленное в сознании отчетливое различение субъекта и объекта, то есть того, что принадлежит «я>> человека и его «не-я». Третья характеристика сознания это обеспечение целеполагающей деятельности. Четвертая харак-*

теристика сознания — наличие эмоциональных оценок в межличностных отношениях.

Психика человека имеет качественно более высокий уровень, чем психика животных (homo sapiens — человек разумный). Сознание, разум человека развивались в процессе трудовой деятельности, которая возникает в силу необходимости осуществления совместных действий для добывания пищи при резком изменении условий жизни первобытного человека. И хотя видовые биолого-морфологические особенности человека устойчивы уже в течение 40 тысячелетий, развитие психики происходило в процессе трудовой деятельности.

Трудовая деятельность имеет продуктивный характер, осуществляя процесс воплощения, опредмечивания в продуктах деятельности людей их духовных сил и способностей. Таким образом, материальная, духовная культура человечества — это объективная форма воплощений достижений его психического развития.

Труд — это процесс, связывающий человека с природой, процесс воздействия человека на природу. Для трудовой деятельности характерно следующее: 1) употребление и изготовление орудий труда, их сохранение для последующего использования; 2) продуктивный характер и целенаправленность процессов труда; 3) подчиненность труда представлению о продукте труда —трудовой цели, которая определяет характер труда и способ трудовых действий; 4) общественный характер труда, осуществление его в условиях совместной деятельности; 5) труд направлен на преобразование внешнего мира.

Изготовление, употребление и сохранение орудий труда, разделение труда способствовали развитию абстрактного мышления, речи, языка, общественно-исторических отношений между людьми. В процессе своего исторического развития человек сам изменяет способы и приемы своего поведения, трансформирует природные задатки и функции в высшие психические функции — специфически человеческие. Общественно и исторически обусловленные формы памяти, мышления, восприятия.

Сознательная деятельность представляет собой одну из высших психических функций. Без участия сознания невозможно представить себе какое-то законченное слож-

яое действие даже на уровне высокоорганизованного млекопитающего, например, процесс выслеживания и добывания пищи хищником, сложный процесс защиты от преследования врагов в мире животных и др. Сознание рассматривают в эволюционно-физиологическом и психосоциальном аспекте.

В эволюционно-физиологическом аспекте сознание было бы правильно квалифицировать как состояние центральной нервной системы, обеспечивающее сложную интегральную высшую деятельность головного мозга и всего организма. У высокоорганизованных животных это психическая деятельность.

В психосоциальном аспекте сознательная деятельность неотделима от психической. Без ясного сознания как определенного состояния мозга невозможна психическая деятельность. Нельзя отождествлять «сознательное» и «психическое». Последнее — более широкое понятие.

Необходимо различать несколько этапов развития сознательной деятельности, неразрывно связанных со зрелостью ума и соответствующим уровнем общественного сознания и развития психики: психика животных и предчеловека, стадное сознание, сознание разумного человека, сознание человека родового общества и появление самосознания.

Понятие «сознание» относится как к отдельному человеку (индивидуальное сознание), так и к обществу (общественное сознание). Общественное сознание как отражение общественного бытия включает в себя политические, философские, правовые, художественно-эстетические взгляды, морально-этические идеи, нормы, научные знания. Общественное сознание влияет на индивидуальное сознание, на его развитие.

Сознание неразрывно связано с речью, языком. Сознание есть всегда знание о чем-то, имеет активный характер и неразрывно связано с деятельностью.

Важную роль среди различных свойств сознания играет его ориентирующее качество (в месте, времени, окружающей обстановке).

Человек обладает способностью осознавать как окружающий его мир, так и самого себя. Это называется самосознанием, осознанием человеком своего тела, мыслей,

действий, чувств, собственного положения в системе общественного производства.

Мир познается и осознается человеком через призму общественных отношений, производственного процесса, орудий труда, языка, этических **и** эстетических норм. Поэтому сознание человека, **в** конечном счете, определяется его бытием, т.е. реальной жизнью в конкретно-исторических условиях. О физиологическом механизме сознания И.П. Павлов сказал, что сознание — это нервная деятельность определенного участка больших полушарий **в** данный момент, при данных условиях, обладающего известной оптимальной возбудимостью.

Сознание — это динамический процесс, детерминированный объектом его **и** опосредуемый мозгом.

Часто **в** быту употребляется выражение **подсознательное.** Иногда подсознательно появляются некоторые чувства, происхождение которых человек объяснить не в состоянии. К ним же следует отнести автоматизированные навыки, внушение **в** гипнозе и т.д.

К области подсознательного следует отнести и работу головного мозга во время сна. Известно, что ряд людей во сне делали открытия (Д.И. Менделеев, А.С. Грибоедов **и** др.)« Объяснение этому наука еще не дала. В головном мозге во время сна продолжается работа— происходит анализ и синтез, уточнение и выделение.

Болезнь может изменить самосознание, в частности, нарушить осознание самого себя как больного или понимание себя как личности, своего «я».

Сознание — особое свойство психики, специально направленное на самоконтроль жизнедеятельности индивида, в том числе, на контроль функционирования и самой психики. Определенную роль не **в** научной, **а** в церковной психологии, **в** восточной психологии **и** философии занимает **понятие «сверхсознание».**

Сверхсознание отличается от обычного сознания тем, что **в** нем представлен не только невидимый мир, но и все сверхразумное и сверхчувственное, **а** в древнецерковном аскетическом сверхсознании представлено также и сверхъестество Божественных принципов.

Виды сверхсознания. Лодыженский различает три вида сверхсознания: астральный, ментальный и духовный.

Астральное сверхсознание, по Лодыженскому, имеет место в демонской мистике, осуществляется через астральные силы, питаемые в человеке злыми страстями. Астральное сверхсознание составляет элемент в шаманском экстазе, у хлыстов и дервишей. В основе его лежит взвинченная до крайности в пляске или прыганье сила неразумной души.

Ментальное сверхсознание достигается силой концентрированного ума и сознания, то есть возбуждением разумной части души. Психизм — характерная особенность обоих этих видов сверхсознания. Рудольф Штейнер в книге «Как достичь познания сверхчувственных миров» также уделяет внимание развитию этих центров. В астральном сверхсознании сознание заменяется чувственностью, а в ментальном — воображением **и** «змеем». Лодыженский также отмечает роль воображения в развитии сверхсознания.

Духовное сверхсознание в «умной медитации» достигается концентрацией ума в сердце, что вызывает интенцию всего духа в сердце.

В древнецерковной науке нет понятия сверхсознания, а есть божественное сознание.

2. Сон

Сон и сновидения.

Сновидение является этапом на пути от бессознательной деятельности к сознательной. В сновидении действуют психологические законы, но они ниже порога сознания. Сновидения носят мифологический характер. Если дыхание особенно легко и свободно, то нам кажется, что мы летим. Если оно затруднено, то наступает кошмар. Если, раскрывшись во сне, начинаешь зябнуть, то кажется, будто совершаешь путешествие к полюсу или гуляешь нагишом по улице. Акт пробуждения является переходом из бессознательного, по крайней мере, относительно, к сознательному состоянию, происходит оттого, что отдельное впечатление, соединяясь с другими, получает необходимый для него фон, чтобы сделаться сознательным. Это вполне согласно с тем, что сознание является связанным с очень сложными нервными органами, в которых может встречаться много течений.

Традиционно психология признает два состояния сознания, присущие всем людям: сон, рассматриваемый как период отдыха; состояние бодрствования, или активное состояние сознания.

Бодрствование — это то состояние, в котором мы можем приспосабливаться к внешнему миру.

То, как мы осознаем внешний мир и одновременно свой внутренний мир, меняется на протяжении дня в зависимости от нашего состояния. Таким образом, обработка информации меняется очень существенно в зависимости от уровня бодрствования.

Сон.

Сон — это периодическое функциональное состояние человека и животных со специфическими поведенческими проявлениями в вегетативной и моторной сферах, характеризующееся значительной обездвиженностью и отключенностью от сенсорных воздействий внешнего мира.

Долгое время полагали, что сон — это просто полный отдых организма, позволяющий ему восстанавливать силы, израсходованные в период бодрствования. Сейчас известно, что сон — не просто восстановительный период для организма, он выполняет разнообразные функции.

В мозгу 10 миллиардов клеток, а каждая из них представляет собой миниатюрную станцию, способную в возбужденном состоянии создавать электрический потенциал. С 1924 года электрическую активность мозга стали регистрировать в виде электроэнцефалограммы (ЭЭГ) с помощью электродов, прикрепленных к коже головы человека. Электрические потенциалы мозга отображаются графически в виде волн, записываемых на движущейся полосе бумаги. При низкой активности мозга большие группы нервных клеток разряжаются одновременно, и эта синхронность отображается на ЭЭГ в виде волн низкой частоты и большой амплитуды — «медленных волн»: альфа-волны, частота которых лежит в пределах от 8 до 12 циклов в секунду (8—12 Гц). Они характерны для совершенно расслабленного организма, когда человек сидит спокойно с закрытыми глазами. Тета-волны частотой от 4 до 7 Гц. Они проявляются на первой стадии сна. Дель-

та-волны (0,5—3 Гц) регистрируются во время глубокого сна.

У человека во сне наблюдается угнетение осознаваемой психической активности. Сон представляет собой совокупность двух основных чередующихся фаз, которые получили название «медленного» сна и «быстрого» или «парадоксального» сна, физиологические характеристики которых во многом противоположны.

Обе фазы имеют сложную многоуровневую организацию, обеспечивающую развитие активных процессов в мозге, специфичных для каждой фазы.

В фазе «медленного» сна наблюдаются тонические (стойкие) изменения вегетативных и моторных показателей, снижается тонус мускулатуры, замедляется дыхание, сердечный ритм. Во время «быстрого» сна на электроэнцефалограмме фиксируются быстрые низкоамплитудные колебания, сходные с начальной стадией сна или даже бодрствования, развивается атония антигравитационной мускулатуры, резко падает активность мышц шеи, появляются фазические явления в виде быстрых движений глаз, подергивания мышц лица, конечностей, нарушения регулярности ритма дыхания, сердечной деятельности, подъема артериального давления. На стадии «медленного» сна пороги поведенческого пробуждения возрастают на 30-40%, на стадии «быстрого» сна — на 200-300%.

При пробуждении от «медленного» сна человек часто не отмечает сновидений, так как сновидения в «медленном» сне напоминают мысли, рассуждения. В период «медленного» сна может возникать сомнамбулизм, сноговорение, ночные кошмары. После «быстрого» сна человек в 75-90% случаях сообщает о своих сновидениях с элементами нереальности, фантастичности. Фазы «медленного» и «быстрого» сна образуют цикл длительностью в 60-90 минут, повторяющийся в естественном ночном сне 4-5 раз. У нормального человека на «быстрый» сон приходится около 20% всего периода. Длительность фаз «быстрого» сна к утру увеличивается, а «медленного» убывает. При общем лишении сна сначала восстанавливается «медленный», а затем «быстрый» сон.

Сон способствует восстановлению функций соматических тканей и нервных клеток, психологической стабилизации, защиты личности от нерешенных конфликтов, отбору и сохранению в памяти значимой информации.

Осенний сон. Многолетние исследования ученых Базельского университета показали, что ночной сон в зависимости от времени года имеет различную продолжительность. Самый короткий в мае-июне, самый длинный — в сентябре-октябре, в остальные месяцы преобладают средние значения. Оказалось, что женщины спят в среднем на час дольше мужчин и, судя по всему, чаще видят сны.

Исследователи также подсчитали, что женщинам снится около тысячи снов в год, то есть в среднем два-три каждую ночь. Обычно сны длятся от нескольких секунд до нескольких минут, хотя нам кажется, что мы видели их всю ночь напролет.

Кроме того, выяснилось, что немаловажную роль в психологическом климате семьи и взаимоотношениях между супругами играет то, как они спят. Американский психотерапевт Катлин Фрун советует, прежде всего, решить главный вопрос: какая сторона постели вам нравится больше. Если муж с самого начала безапелляционно присваивает себе определенную часть постели, кто знает, на что он будет претендовать дальше. И когда вы будете долго спорить о том, где провести отпуск, и все же вынуждены будете уступить, то следует понять, что начало ваших уступок было заложено в тот самый момент, когда ваш супруг захватил правую (или левую) половину общего матраца. Поэтому на своих требованиях лучше настоять сразу после свадьбы.

Еще одно интересное наблюдение: если у вас депрессия, вставайте с рассветом. Яркое утреннее солнце способствует снижению концентрации гормона «плохого настроения» — меланина и, следовательно, улучшению настроения.

Физиология сна. Сон напрямую связан с иммунной системой, и недосыпание грозит уничтожением иммунных клеток крови, утверждают американские медики. Группе здоровяков лишь на одну ночь сократили время сна. Количество клеток, побеждающих вирусную инфекцию, снизилось на 30 процентов. Таким оно и оставалось, пока испытуемые не выспались, как следует.

Отсутствие сна влияет на образное мышление: если после бессонной ночи еще можно ответить на вопросы несложного теста, то написать сочинение невозможно. Есть у организма и еще одно сильнодействующее средство — *хорошее настроение, способное защитить даже от простуды! Веселясь с друзьями или с головой уходя в любимое дело, вы гарантируете несокрушимость своей иммунной системы на целых два дня. А последствие плохого настроения — ослабление иммунитета на сутки.* Исследования показали, что совершенно здоровые люди могут запросто простудиться, выходя на улицу в мрачном расположении духа.

Согласно закону Йеркса-Додсона-Хеббе, поведение человека будет тем эффективнее, чем ближе будет его уровень бодрствования-активации к некоторому оптимуму. Он не должен быть ни слишком низким, ни слишком высоким. При более низких уровнях готовность человека к действию уменьшается, и он вскоре засыпает, а при более высоких он будет больше взволнован из-за чересчур сильной мотивации или же сильного расстройства чувств, и его поведение может даже полностью дезорганизоваться.

В среднем наш организм функционирует с чередованием: 16 часов бодрствования и 8 часов сна. Этот 24-часовой цикл управляется внутренним контрольным механизмом, называемым биологическими часами, который ответственен за возбуждение центров сна, расположенных в стволе мозга, и центра бодрствования, которым является ретикулярная формация мозга.

3. ВВЕДЕНИЕ в БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ

Можно сказать, что низший уровень психики образует бессознательное.

Бессознательное (подсознание) это: 1) совокупность психических процессов, актов и состояний, обусловленных воздействиями, влияниями действительности, во влиянии которых человек не дает себе отчета; 2) форма психического отражения, в которой образ действительности и отношение к ней субъекта выступает как предмет специальной рефлексии, составляя нерасчлененное целое.

Развитие проблемы бессознательного было связано с психопатологией, изучением влияния неосознаваемых в гипнозе внушений на сознательное поведение.

Бессознательное отличается от сознания тем, что отражаемая им реальность сливается с переживаниями субъекта, его отношениями к миру, поэтому в бессознательном невозможен произвольный контроль осуществляемых субъектом действий и оценка их результатов. В бессознательном действительность переживается субъектом через такие формы уподобления, отождествления себя с другими людьми **и** явлениями, как непосредственное эмоциональное чувствование и т.д.

В бессознательном часто прошлое, настоящее и будущее сосуществуют вместе, объединяясь, например, в сновидении. Бессознательное находит свое выражение в ранних формах познания ребенком действительности, в интуиции, привычных действиях, субсенсорном восприятии, непроизвольном запоминании **и** т.д. Кроме того, бессознательное находит выражение в стремлениях, чувствах, поступках, причины которых не осознаются личностью.

Выделяют такие проявления бессознательного, как: 1) надсознательное, 2) неосознаваемые побудители деятельности, то есть неосознаваемые мотивы **и** установки, 3) неосознаваемые регуляторы способов выполнения деятельности, то есть операциональные установки, стереотипы автоматизированного поведения, 4) проявления субсенсорного восприятия.

3. Фрейд под бессознательным понимал нереализованные влечения, которые из-за конфликта с требованиями социальных норм не допускались в сознание, отчуждались с помощью механизма вытеснения, обнаруживая себя в обмолвках, оговорках, сновидениях **и** пр.

В бессознательном, в отличие от сознания, невозможен целенаправленный контроль человеком тех действий, которые он совершает, невозможна **и** оценка их результатов. С точки зрения системной концепции психики, сознание — специфическая особенность психики, позволяющая ей быть направленной на саму себя.

Интуиция — знание, возникающее без осознания путей ***и*** *условий его получения.*

Интуиция трактуется как специфическая способность — художественная, научная интуиция, как целостное охватывание условий проблемной ситуации — чувственная, интеллектуальная, а также как механизм творческой деятельности.

«Непосредственное» интуитивное знание может быть опосредовано опытом практической и *духовной* деятельности человека.

Субсенсорное восприятие — форма непосредственного психического отражения действительности, обусловливаемая такими раздражителями, о влиянии которых на его деятельность субъект не может дать себе отчета.

При анализе проблемы определения порогов ощущения И.М. Сеченовым, Г.Т. Фехнером обнаружены были факты воздействия на поведение неосознаваемых раздражителей. Субсенсорной областью называют зону раздражителей, таких, как неслышимые звуки, невидимые световые сигналы и др.

Надсознательное — не поддающийся индивидуальному сознательно-волевому контролю уровень психической активности личности при решении творческих задач.

Станиславский обозначал этот уровень термином «сверхсознание», а П.В. Симонов интерпретировал как механизм творческой интуиции, благодаря которому происходит рекомбинация прежних впечатлений, чье соответствие действительности устанавливается вторично.

Развитие представлений о природе бессознательного, специфике его проявлений, механизмах и функциях в регуляции поведения человека является необходимым условием создания целостной, объективной психической деятельности и жизни личности. В настоящее время исследуется место и роль бессознательного в чрезвычайных ситуациях, в направленности личности, так называемом «поведении толпы» и других аспектах.

4. НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Патология сознания — расстройство сознания, приводящее к нарушению адекватного отражения объективной реальности. Существуют различные патологически выраженные состояния сознания. Сложившаяся практика привела к идентификации двух больших групп выраженных патологических состояний сознания: помрачение и выключение.

Делирий — нарушение ориентировки в месте, времени и окружающей обстановке при условии сохранения ориентировки в собственной личности. Типичным явля-

ется появление зрительных и слуховых галлюцинаций, обычно устрашающего характера. Эти расстройства сопровождаются психомоторным возбуждением: больной испытывает страх, тревогу, пытается обороняться, спасаться бегством. В остром состоянии больные представляют определенную опасность для окружающих. После выхода из болезненного состояния у больных сохраняется частичное воспоминание о пережитом. Наиболее часто делирий наблюдается при алкоголизме, в быту квалифицируется как «белая горячка».

Аменция — полное прекращение ориентировки в окружающем, утрата сознания собственной личности, отсутствие запоминания. Это состояние отмечается при тяжелых и длительно текущих болезнях (инфекции, и др.). Нарушается ориентировка в окружающем, во времени и в собственной личности. Больной не осмысливает окружающее, речь его представляет собой обрывки фраз. Нередко больной возбужден в пределах постели. Болезненное состояние может продолжаться длительно. После выхода из него воспоминания о переживаниях больного в состоянии аменции не сохраняются.

Онейроид (сноподобное расстройство сознания) характеризуется — яркими фантастическими переживаниями, переплетающимися с частичным восприятием объективной реальности, неполной, чаще двойной ориентировкой в месте, времени и собственной личности. Больной как бы погружается в мир фантастических грез, подобных сну. При этом он спокоен и как бы смотрит на происходящее со стороны. Характерна мимика больных: она то отрешенно-грустная, то «зачарованная». Глаза чаще закрыты или полузакрыты. Если попытаться вступить с больным в контакт, то он может рассказать о своих видениях и в то же время сообщить свое имя и номер палаты (двойная ориентировка). Воспоминания о пережитом сохраняются. О наиболее острых болезненных расстройствах больные рассказывают красочно.

Встречаются онейроидные расстройства сознания при острых эндогенных психозах, некоторых инфекционных заболеваниях.

Сумеречное помрачение сознания. Сочетание глубокой дезориентировки в окружающем с сохранением

взаимосвязанных действий и поступков, сопровождается галлюцинациями и сильным аффектом страха, злобы, тоски, появляется стремление к агрессивным действиям. Напоминает состояние человека, находящегося в сумерках, когда он видит только небольшой круг слабо освещенных окружающих предметов. При таких состояниях сознание как бы скользит, внимание останавливается лишь на отдельных явлениях. Больной плохо ориентирован в окружающем, самосознание его изменено. В поведении преобладают автоматизированные действия, внешне достаточно упорядоченные. Больной производит впечатление человека, глубоко погруженного в свои мысли и отгороженного от окружающего. Иногда могут развиваться галлюцинаторно-бредовые состояния, больной в страхе бежит или нападает на мнимых врагов. В таких случаях он опасен для окружающих. Сумеречное состояние возникает внезапно и также неожиданно может прекратиться, продолжается обычно от нескольких минут до нескольких часов, реже дней. Память о пережитом не сохраняется. Сумеречное состояние встречается при эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга.

Состояние амбулаторного автоматизма. Это состояние также характеризуется автоматизированными формами поведения. Сознание окружающего и самосознание изменены (как в полусне). Сюда относится сомнамбулизм, лунатизм и транснарушения сознания, при которых больной может совершать целенаправленные действия, ездить на транспорте в дневное время, уезжать в другую местность. Состояние амбулаторного автоматизма так же внезапно обрывается, как внезапно и неожиданно появилось. Если при выходе из него больной оказывается в незнакомой обстановке, то он не может дать себе отчета в происшедшем.

Выключение сознания (от легкого — до полного). Выделяются следующие расстройства.

Обнубиляция — легкое нарушение сознания. Сознание на несколько секунд или минут как бы затуманивается, заволакивается легким облачком. Ориентировка в окружающем и собственной личности не нару-

шается, амнезии после болезненного расстройства не наступает.

Сомноленция (сонливость). Это более длительное (часы, реже дни) состояние, напоминающее дремоту. Ориентировка при этом не нарушена. Чаще возникает на фоне интоксикации (отравление алкоголем, снотворными и др.).

Оглушение сознания — повышение порога чувствительности для всех внешних раздражений. Восприятие и переработка информации затруднены, больные равнодушны к окружающему, обычно неподвижны. Оглушение бывает различной степени выраженности и наблюдается при крупозном воспалении легких, перитоните, нейроинфекциях, при анемии, тифах и др.

Сопор (сопорозная бесчувственность). Это глубокая степень оглушения. Больной обездвижен, у него не удается вызвать ответных реакций за исключением болевой, реакции зрачков на свет, конъюнктивальных и корнеальных рефлексов. Наблюдается при тяжело протекающих инфекциях, интоксикациях, тяжелой сердечно-сосудистой декомпенсации.

Кома (полное выключение сознания). Глубокая степень расстройства сознания. Больные не реагируют на окружающее, даже на болевые раздражители, зрачки расширены, реакция на свет отсутствует, нередко появляются патологические рефлексы.

Обморок — внезапная потеря сознания. Она обусловлена кратковременной анемией головного мозга (за счет спазма сосудов мозга).

Эти два указанных вида нарушения сознания отличаются друг от друга не только внешними клиническими проявлениями, но и причинами, их вызвавшими, и характером течения.

Поведение и тактика медицинского работника при оказании помощи больным с различными видами нарушенного сознания соответственно должны быть различными. А классификация нарушений сознания — это необходимые знания для специалистов со средним медицинским образованием.

Сознание дает возможность человеку правильно отражать существующее, ориентироваться в нем, предвидеть

будущее и на этой основе путем практической деятельности воздействовать на мир.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Что такое сознание?
2. Расскажите о характеристике и структуре сознания.
3. Что такое сверхсознание?
4. Что такое подсознание?
5. Что такое интуиция?
6. Какие виды нарушения сознания вы знаете?
7. Перечислите расстройства сознания по типу его выключения.
8. Расскажите о делириозном и сумеречном помрачении сознания.
9. Что такое аменция, онейроид?
10. Что такое сон?
11. Каковы фазы сна?
12. Расскажите о понятии бессознательное.

ГЛАВА 5. ОЩУЩЕНИЕ И ВОСПРИЯТИЕ

Формирование сферы ощущений и восприятий у человека при высоком уровне развития его головного мозга проходит под влиянием трудовой деятельности, опыта всей жизни. У опытного медицинского работника большой тонкости достигает тактильное ощущение, используемое им при пальпации, при производстве различных манипуляций. Развитие восприятия связано с методами наблюдения и изучения.

Восприятие и ощущение являются процессами сознательными, осмысленными. В обеспечении их смысловой стороны важную роль играют мышление и речь, органически входящие в ощущение и восприятие человека. Опытный и думающий медицинский работник воспринимает симптомы болезни и в то же время осмысливает их значение в данном случае, их отличие от сходных симптомов другой болезни и т.д.

1. ОЩУЩЕНИЯ

Ощущение и восприятие — это источник наших познаний о внешнем мире и собственном «я», а также основа для построения общих представлений и понятий.

Ощущение—это отражение отдельных свойств предметов окружающего материального мира и собственного организма (цвет, свет, тепло, боль и т.д.), результат воздействия предметов внешнего мира и собственного тела на органы чувств.

Ощущение — чувствительность человека к сенсорным воздействиям среды. Ощущение — это сенсорная первооснова психики, акт перехода внешнего сенсорного воздействия в факт сознания. Ощущение — это активный психический процесс, в нем отражаются качества объектов. В ощущениях отражаются не только специфические качества предметов и явлений, но их интенсивность, продолжительность и пространственная локализация. Информация, получаемая анализаторами, называется сенсорной, а процесс приема и ее первичной обработки — сенсорной деятельностью.

Органические ощущения возникают вследствие сдвигов, происходящих во внутренней среде организма, и являются следствием первичных органических потребностей. Как правило, к органическим ощущениям относят чувство голода, жажды, насыщения, болевые ощущения и половое чувство. Тактильные ощущения — один из видов кожной чувствительности, включает ощущение прикосновения, давления, вибрации, фактурности, отражение площади механического раздражителя.

Физиологической основой ощущений является работа анализаторов.

Отдельные свойства предметов и явлений, воздействующие на наши органы чувств, называются раздражителями, процесс воздействия — раздражением, а нервный процесс, возникший в результате раздражения, — возбуждением.

Как известно, анализатор представляет собой сложную анатомо-физиологическую систему рецепторов, т.е. окончаний чувствующего нерва, проводящего нервного пути (нерва) и корковой (центральной) части.

Каждый орган чувств специализирован на переработке различных специфических внешних воздействий. Основная часть каждого органа чувств — окончание чувствующего нерва — рецептор. Он превращает энергию внешнего раздражителя в нервный импульс. Воздействие, способное возбудить рецептор, называется стимулом.

Так, рецепторами зрительного анализатора являются палочки и колбочки, находящиеся в сетчатках глаза, проводящим путем — зрительные нервы, соединяющие сетчатки с корой головного мозга, центральной частью — скопления нервных клеток в затылочной области коры головного мозга. Центральная часть анализатора состоит из ядра и рассеянных по коре нервных клеток этого анализатора, через которые осуществляется связь анализаторов друг с другом. Функции анализаторов состоят, прежде всего, в выделении из сложной среды внешнего мира ее отдельных элементов — оптических, акустических и т.д. Это выделение (анализ) происходит на двух уровнях — низшем и высшем. Анализ на первом уровне осуществляется рецепторами и имеет безусловно-рефлекторную природу. Рецепторы, восходящие (афферентные) нервные пути и соответствующие участки в коре головного мозга — таковы три составные части анализатора.

Виды анализаторов: зрительный, слуховой, тактильный, вкусовой, обонятельный, кинестетический, температурный, вестибулярный. Совокупность деятельности всех анализаторов называется сенсорной сферой психики.

Глаза новорожденного сразу после рождения реагируют на свет (зрачковый рефлекс); дитя также вздрагивает от громкого звука и пр. Анализ на втором, высшем уровне обеспечивается деятельностью коры головного мозга; он осуществляется в процессе дифференцировки раздражителей по законам условного торможения и индукции, т.е. имеет условно-рефлекторную природу.

Рефлекторная деятельность анализаторов протекает по механизму обратных связей, с так называемой обратной афферентацией. Процесс работы анализатора можно представить примерно следующим образом. Внешний или внутренний раздражитель вызывает в рецепторах (например, в сетчатке глаза) нервное возбуждение, которое в виде

переработанных здесь импульсов направляется в кору головного мозга (афферентный путь). От коры — в ответ **на** раздражение после новой переработки.

Объекты внешнего и внутреннего мира воздействуют **на** центральную нервную систему не непосредственно, а через ***экстерорецепторы, интерорецепторы и проприорецепторы.*** **В** зависимости от расположения рецепторов все ощущения делятся на три группы.

Ощущения, связанные с рецепторами, находящимися **на** поверхности тела — зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, кожные. Это экстероцептивные ощущения.

Интероцептивные ощущения. Они связаны с рецепторами, находящимися во внутренних органах — органические ощущения.

Проприоцептивные ощущения. Кинестетические, то есть двигательные и статические ощущения, рецепторы которых находятся в мышцах, связках **и** вестибулярном аппарате. Это ощущения собственных движений и пространственного положения тела.

Различают экстерорецепторы двух видов:

дистанционные, т.е. воспринимающие раздражения вне непосредственного контакта с объектом внешнего мира (зрение, слух, обоняние, термические ощущения),

контактрецепторы, для деятельности которых необходимо непосредственное раздражение, например, прикосновение (чувство вкуса, различные виды тактильной чувствительности, вибрационное чувство и др.).

В зависимости от разновидности анализатора различают ощущения: зрительные, слуховые, кожные, обонятельные, вкусовые, кинестетические, статические, вибрационные, органические, болевые.

Ощущения подразделяются на дистантные, то есть отражение свойств удаленных объектов, **и** контактные.

Ощущения классифицируются по качеству, силе и длительности.

Качествами зрительных ощущений являются цвета, слуховых — звуки.

Сила (интенсивность) ощущений определяется той или иной степенью выраженности данного качества, иначе говоря, неясные ощущения при нарастании интенсивности становятся более четкими, рельефными.

Длительность ощущения — это время, в течение которого сохраняется впечатление данного конкретного ощущения. Длительность ощущения не совпадает с длительностью реального раздражения. Действие раздражителя уже может быть законченным, однако ощущение в течение некоторого времени продолжается.

Всякое ощущение сопровождается той или другой (положительной или отрицательной) эмоциональной реакцией. Этот процесс определяется индивидуальными свойствами организма.

К органическим ощущениям относят: ощущения, связанные с деятельностью внутренних органов: ощущения голода, сытости, полового удовлетворения, жажды и др. Органические чувства носят генерализованный характер и переживаются человеком как неопределенные состояния организма вообще. Однако для того, чтобы то или иное явление или предмет внешнего мира были осознаны, мало знания одного свойства или качества предмета—нужен комплекс ощущений.

Закономерности ощущений.

Пороги чувствительности:

• нижний порог абсолютной чувствительности — минимальная величина интенсивности воздействия, необходимая для возникновения ощущений,

• верхний порог абсолютной чувствительности — максимальная величина доболевой интенсивности воздействия,

• разностный порог — минимальное различие в интенсивности двух однотипных воздействий, необходимое для его ощущения.

Закономерности изменения чувствительности:

• адаптация, то есть изменение чувствительности анализатора в результате его приспособления к силе и продолжительности действующего раздражителя,

• сенсибилизация — повышение чувствительности анализаторов под влиянием внутренних психических факторов,

• десенсибилизация — сильное возбуждение одних анализаторов, всегда понижает чувствительность других,

• контраст — повышение чувствительности к одним свойствам под влиянием других, противоположных свойств действительности,

• синестезия — ассоциативное иномодальное ощущение, соответствующее реальному, например — вид лимона — вызывает ощущение кислого.

Индивидуально типологические особенности:

• сензитивность — природно-обусловленная повышенная чувствительность отдельных анализаторов,

• сенсибилизированность — повышение чувствительности под влиянием опыта **и** профессиональной деятельности,

• сенсорная организация — комплекс врожденных **и** приобретенных особенностей индивида, проявляющихся в доминировании ведущего анализатора, в скорости развития нервных процессов и длительности их действия, в силе сенсорной реакции, интенсивности эмоционального тона.

2. НАРУШЕНИЯ ОЩУЩЕНИЙ

Нарушения ощущений могут возникать, например, при органическом или функциональном нарушении нервных проводников, в частности, сосудистой иннервации.

Например. Больные могут испытывать неприятные и тягостные ощущения, проецируемые внутрь тела: ощущения сжимания **и** растягивания, перекатывания и дрожания и др. Эти нарушения называют ***синестопатиями.***

Кожный зуд, являющийся предвестником и спутником многих заболеваний (неврозы, органические поражения центральной **и** периферической нервной системы, нарушения обмена веществ **и** деятельности эндокринных органов, болезни почек и крови, реакция на прием медикаментов, пищи **и** др.), также можно отнести к синестопатиям. Особенно неблагоприятно влияет зуд на психику больного: появляется раздражительность, нетерпимость, злобность и гневливость. Такие больные нуждаются в терпеливом **и** спокойном к ним отношении.

Вообще, нарушения ощущений многообразны. В числе прочих это такие нарушения, как:

Гиперэстезия — повышенная чувствительность к действию на органы чувств физических стимулов, являющихся для них адекватными.

Гиперпатия — болезненное повышение чувствительности, когда обычные безвредные раздражители вызывают боль и другие неприятные ощущения, такие как зуд, тяжесть и т.д.

Гипостезия (пониженная чувствительность).

Анестезии (отсутствие чувствительности). Происходит при повреждении чувствительных нервов или мозга (спинного или головного), вследствие чего внешние раздражения не достигают центральной нервной системы. Анестезия может поразить все тело (общая анестезия) или какую-либо часть его (местная анестезия).

Парестезии (жжение, покалывание, стягивание и т. д.).

Синестезия — явление, состоящее в том, что какой-либо раздражитель, действуя на органы чувств, помимо воли субъекта вызывает не только ощущение, специфичное для данного органа чувств, но одновременно добавочное ощущение или представление, характерное для другого органа чувств. Своеобразные формы синестезии встречаются в патологии, например — визуализация слышимого.

«Фантом конечности». После ампутации руки или ноги человек может продолжать чувствовать конечность: ощущать в ней боль, считать, что в состоянии двигать ею, даже забывая, что она удалена. Иногда эти ощущения проходят быстро, иногда сохраняются на всю жизнь, или же характер их может меняться.

3. Боль

Среди ощущений наибольшее страдание приносит боль.

Боль — психическое состояние, ***возникающее в результате сверхсильных или разрушительных воздействий на организм при угрозе его существованию или целостности.***

Клиническое значение боли как симптома нарушения нормального течения физиологических процессов важно, поскольку ряд патологических процессов человеческого организма дает себя знать в болевых ощущениях еще до появления внешних симптомов заболевания. Следует отметить, что адаптация к боли практически не наступает.

С точки зрения эмоционального переживания болевое ощущение имеет гнетущий и тягостный характер, подчас характер страдания, служит стимулом для разнообразных оборонительных реакций, направленных на устранение внешних или внутренних раздражителей, обусловивших возникновение этого ощущения.

Болевые ощущения формируются в центральной нервной системе в результате объединения процессов, на-

чинающихся в рецепторных образованиях, заложенных в коже или внутренних органах, импульсы от которых по специальным проводящим путям попадают в подкорковые системы мозга, вступающие в динамическое взаимодействие с процессами коры его больших полушарий.

В формировании боли участвуют корковые, а также подкорковые образования. Боль возникает как при непосредственном воздействии на тело внешних раздражителей, так и при изменениях в самом организме, вызываемых различными патологическими процессами. Боль может возникать или усиливаться по условно-рефлекторному механизму и быть психогенно обусловленной.

Болевая реакция представляет собой наиболее инертную и сильную безусловную реакцию. Болевое ощущение в известной мере поддается влиянию со стороны высших психических процессов, связанных с деятельностью коры и зависящих от таких личностных особенностей, как направленность, убеждение, ценностные ориентации и др. Многочисленные примеры свидетельствуют как о мужестве, об умении, испытывая боль, не поддаваться ей, а действовать, подчиняясь высоконравственным мотивам, так и о малодушии, сосредоточении на своих болевых ощущениях.

Боль обычно появляется с возникновением заболевания, активизацией или пропрессированием патологического процесса. Отношение больного различно к острой и хронической боли.

Например. При острой зубной боли все внимание человека сосредоточено на объекте боли, он любыми средствами ищет способов избавиться от боли (прием различных препаратов, оперативное вмешательство, любые процедуры, только бы снять боль). Особенно тяжело переживаются приступообразные боли при хронических заболеваниях, часто реакция на них с течением времени усиливается. Больные ожидают их со страхом, появляется чувство безнадежности, бесперспективности, отчаяния. Боль в таких случаях может быть настолько мучительной, что человек ждет смерти как избавления от мучений.

При хронических болях может наблюдаться также некоторая адаптация к ощущениям боли и к переживаниям, связанным с ней.

Некоторые врачи выделяют так называемые органические и психогенные боли. Противопоставление болей недостаточно обосновано, так как всем врачам хорошо известно, что в психогенной ситуации, как правило, наблюдается усиление болей, имеющих органическую природу.

Сигнальное значение боли — предупреждение о грозящей опасности.

Сильная боль способна целиком овладеть мыслями и чувствами человека, сосредоточить на себе все его внимание. Она может привести к нарушениям сна, различным невротическим реакциям.

Больные, страдающие сильными болями, нуждаются во внимательном и заботливом отношении к их жалобам и просьбам. Боли сильнее изнуряют больного, чем какие-либо другие расстройства.

4. ВОСПРИЯТИЕ

Вместе с процессами ощущения восприятие обеспечивает непосредственно-чувственную ориентировку в окружающем мире.

Восприятие — это целостное отражение предметов, ситуаций и событий, возникающее при непосредственном воздействии физических раздражителей на рецепторные поверхности органов чувств. Восприятие — активный процесс.

Человек воспринимает мир в деятельности, в процессе труда, что углубляет и совершенствует его восприятие. В процессе развития совершенствование и дифференциация восприятий происходят автоматически. Только у детей в самом начале познавательной деятельности сложный процесс восприятия состоит из отдельных актов элементарных ощущений.

Интересно отметить, что в силу несовершенства центральной нервной системы новорожденный видит мир перевернутым (как в фотоаппарате). Но с первых же дней жизни он начинает этот мир не только обозревать, но и ощупывать. В результате возникают и совершенствуются связи между зрительным, кожным и мышечно-двигательным анализаторами и формируется обычное для человека восприятие окружающего.

Активность и избирательность имеют определенные особенности у каждой личности, что обосновывается ее предыдущими установками и опытом, индивидуальной заинтересованностью, индивидуальными свойствами нервной системы. Каждый человек привносит в восприятие нечто свойственное только ему. Индивидуальные особенности восприятия проявляются в быстроте, глубине, полноте, точности, в степени тонкости отдельных восприятий, их эмоциональной насыщенности и пр.

Физиология восприятия. По сравнению с ощущением, восприятие относится к более высокому уровню чувственного познания мира.

Восприятие можно рассматривать не только как один из процессов непосредственного отражения объектов внешнего мира, но и как особый вид умственной деятельности (перцептивная деятельность). В тех случаях, когда нам надо рассмотреть какой-либо объект, прислушаться к чему-либо, исследовать предмет на ощупь, определить его запах, цвет, температуру, наше восприятие становится целенаправленным актом и включает в себя несколько отдельных действий, называемых перцептивными.

Восприятие, как и ощущение, имеет рефлекторную природу и осуществляется посредством деятельности анализаторов, но физиологическая основа его значительно сложнее. Сложными являются как раздражители, на которые образуются условные рефлексы при восприятии, так и самый процесс образования этих рефлексов.

Раздражители, на которые образуются условные рефлексы при восприятии,— не простые, как при ощущениях, а комплексные. Любой предмет, воспринимаемый человеком, является комплексным раздражителем. Он состоит из нескольких элементарных — светового, звукового, температурного, механического и др. Особенностью комплексных раздражителей является взаимосвязь между членами комплекса. Различные комбинации одних и тех же простых раздражителей (компонентов комплекса) имеют разное сигнальное значение. Например, четыре равные прямые линии ограничивают разные по форме площади в зависимости от взаимного положения: при одном положении получится квадрат, при другом — ромб.

Образование условных рефлексов на комплексные раздражители возможно лишь при взаимодействии нескольких анализаторов. При восприятии в коре полушарий головного мозга возникают устойчивые внутрианализаторные и межанализаторные связи. Например, физиологической основой восприятия величины и формы предметов является устойчивая условная связь, сформированная при взаимодействии зрительного, двигательного и кожного анализаторов.

Процесс восприятия физиологически означает анализ и синтез внешних раздражителей на основе ранее приобретенных нервных связей. Наиболее сложная аналитико-синтетическая деятельность протекает в корковых ядрах анализаторов. Разрушение ядер влечет за собой распад восприятия как целостного акта, хотя отдельные ощущения при этом сохраняются.

Различают восприятие:

По форме психической активности: преднамеренное, непреднамеренное.

По анализаторам: зрительные, слуховые, осязательные, вкусовые, обонятельные.

По специфичности отражаемой формы существования материи — восприятие пространства и времени.

По структуре: симультанное — одноактное, суцессивное — поэтапное, последовательное.

Свойства восприятия.

Осмысленность и обобщенность восприятия. Благодаря этим свойствам мы домысливаем и достраиваем образ объекта по отдельным его фрагментам. Минимум признаков для опознания объектов называется порогом восприятия.

Предметность восприятия. Выражается в отношении сведений, получаемых из внешнего мира, к этому миру. Это отнесенность мозговой информации о предметах к реальным предметам.

Целостность восприятия. Целостностью называют отражение предмета в качестве устойчивой системы целостности. Восприятие есть всегда целостный образ предмета.

Структурность восприятия. Благодаря структурности восприятия мы узнаем различные предметы и объекты вследствие устойчивой структуры их признаков.

Избирательность. Избирательная направленность восприятия. Это преимущественное выделение объекта из фона. Выделение одних объектов по сравнению с другими.

Апперцепция. Так называется зависимость восприятия от опыта, знаний, интересов и установок личности.

Константность *восприятия.* Это независимость отражения объективных качеств предметов, то есть величины, формы, цвета и тому подобное, от измененных условий их восприятия — освещенности, расстояния, угла зрения. Восприятие окружающих предметов как относительно постоянных по форме, цвету, величине и т.д.

При органическом выпадении какого-либо анализатора (депривация). Например, при слепоте и глухоте чувствительность других анализаторов резко повышается, особенно если депривация (слуховая, зрительная) наступила в раннем возрасте и молодой организм должен был адаптироваться к окружающей среде. У слепых, кроме слухового, обонятельного, хорошо развиты вестибулярный и мышечно-суставной анализаторы, что позволяет им не только находить дорогу по практически неуловимым для зрячих признакам, но и чувствовать препятствие, встречающееся у них на пути. У глухонемых доминируют вестибулярный, мышечно-суставной и особенно зрительный анализаторы. Они тонко чувствуют ритмику, воспринимают шумы, создающие еле уловимую вибрацию.

Дифференцировка зрительных восприятий у этих лиц достигает такого уровня, что они при соответствующем обучении легко понимают обращенную к ним речь по мимическим сокращениям губ («считывают с губ»).

Теоретический и практический интерес для среднего медицинского работника представляют различные формы инструментального «осязания» и «ощупывания», например, «осязание» через кончик иглы стенки вены при внутривенном вливании.

Восприятие можно различать по степени активности личности.

Способность к устойчивому и эффективному, активному, планомерному и целеустремленному восприятию как черта личности называется *наблюдательностью.*

Для медицинского работника имеет значение развитие наблюдательности за болезненными проявлениями.

Ощущения и восприятия тесно связаны с эмоциями.

Эмоции могут накладывать отпечаток на восприятие и иногда в какой-то мере извращать образ воспринимаемого, его оценку, впечатление, им оставляемое. Такие извращения могут наблюдаться у любого больного при плохом самочувствии. Это должен учитывать средний медицинский работник при беседе с больным, при выполнении различных манипуляций, предписанных врачом.

Представление — оживление в нашем сознании образов, воспринимаемых когда-то в прошлом.

По сравнению с тем, что происходит при непосредственном восприятии, представление бывшего восприятия далеко не копия его. Представления носят обобщенный характер, они недостаточно ярки, фрагментарны и всегда индивидуальны. Во многом они определяются **Ин**тел лектуально-мнестическйми особенностями личности.

Довольно редко встречается способность к зеркально точному воспроизведению в представлениях ранее бывшего восприятия. Этот феномен называется эйдетизм и встречается чаще в детском возрасте.

Различают эйдетизм зрительный, слуховой, тактильный и др.

В психологии восприятие исследуется при помощи таблиц и рисунков. Например, человеку предлагается дать характеристику чувств людей, лица которых схематически изображены на рисунках.

Однако, значение имеет не только инструментальное или тестовое исследование, а беседа с больным, собирание жалоб и анамнеза, подробный расспрос о его ощущениях, восприятиях и представлениях. Иногда требуется лишь умение незаметно подвести больного к рассказу о тех или иных расстройствах, направить беседу так, чтобы он сам сообщил об имеющихся у него отклонениях в сфере восприятия. Если больной не склонен рассказывать о своих ощущениях или, наоборот, пытается скрыть их (диссимулировать), следует использовать метод наблюдения за поведением, мимикой, поступками во время беседы или разговора больного с соседями по палате.

В тех случаях, когда имеются основания предполагать симуляцию расстройств акта восприятия, используются специальные тесты и приемы исследования.

5. НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ

При некоторых патологических состояниях, особенно при психических и нервных болезнях, акт восприятия может нарушаться. Например, нарушение восприятия времени — невозможность ориентироваться в коротких (секунды, минуты, часы) и длинных (дни, месяцы, годы) промежутках времени. Восприятие нарушения пространства — трудности ориентировки во внешнем (зрительном, слуховом) и внутреннем (кожно-кинестетическом) пространстве.

Существуют различные формы нарушения восприятия пространства. 1. Нарушения, связанные с нарушением сознания и проявляющиеся в виде дезориентировки в окружающем пространстве. 2. Невозможность ориентироваться во внешнем зрительном пространстве, в трудностях понимания право-левых и верхне-нижних координат, зрительного пространства (агнозия). 3. Трудности определения направления и удаленности звукового сигнала. 4, Трудность ориентировки во внутреннем пространстве (соматогнозия). 5. Трудности ориентировки в пальцах своей руки. 6. Нарушения, связанные с длительной сенсорной депривацией или искажением сенсорных сигналов.

Агнозия — нарушение различных видов восприятия. Возникает при определенных поражениях мозга. Различают: 1) зрительные агнозии, проявляющиеся в том, что человек при сохранении остроты зрения не может узнавать предметы и их изображения; 2) тактильные агнозии, проявляются в виде расстройств опознания предметов наощупь — ***астереогнозия,*** а также в нарушении узнавания частей собственного тела, в нарушении представления о схеме тела — ***соматоагнозия;*** 3) слуховые агнозии проявляются в нарушении способности различать звуки речи или знакомые мелодии, звуки, шумы при сохранении слуха.

Агнозии могут возникать при локальных поражениях коры головного мозга в результате сосудистых заболева-

ний, травм, опухолевого процесса и других патологических состояниях. Например, больные с предметной агнозией (нарушение узнавания предметов) не могут нарисовать на бумаге кувшин, говорят, что это треугольник или какой-нибудь другой предмет. Большие трудности представляют для больных с агнозией узнавание предметов с недостающими деталями. При предметной агнозии на первый план выступает нарушение обобщенного восприятия предметов.

У некоторых больных наблюдаются преимущественно нарушения зрительного индивидуализированного восприятия при относительно сохранном обобщенном восприятии предметов. У таких больных, например, нарушается способность узнавать знакомые лица. При выраженной глубине болезненных расстройств больные плохо различают мимику.

Например, при оптико-пространственной агнозии нарушается восприятие пространственного расположения отдельных предметов — расположение улиц в городе. Больные не могут найти дверь в палату, в свое отделение, койку в палате и т.д.

Больные с расстройствами высших форм осязательного восприятия не могут, ощупывая предмет, например, ключ, ручку, очки и т.д., определить его форму, узнать его, а с открытыми глазами легко узнают предмет.

При слуховой агнозии нарушается узнавание знакомых звуков: шелеста бумаги, шума движущегося поезда, звуков, издаваемых различными животными и т.д.

При органических поражениях головного мозга, реже при интоксикациях и соматических заболеваниях, могут возникать расстройства восприятия типа дереализации. Это сложное патологическое состояние, в основе которого лежит нарушение восприятия, сочетающееся, по-видимому, со своеобразным нарушением сознания. При этом больные узнают окружающую обстановку, но она кажется им «какой-то не такой». Привычные раздражители окружающей среды утрачивают остроту своего воздействия на органы чувств. Это болезненное состояние иногда сочетается с патологией самовосприятия — деперсонализацией.

Нарушение восприятия, при котором окружающее представляется нереальным, называется ***дереализация.*** При этом часто внешний мир воспринимается отдален-

ным, бесцветным. Может сопровождаться нарушениями памяти. Возникает состояние «уже виденного», когда незнакомые явления воспринимаются, как ранее встречающиеся. Возникает переживание воспринимаемого, как неясного, лишенного характера реальности. Дереализация может возникать как при поражениях мозга, так и при просоночных состояниях или при некоторых психических заболеваниях.

Существуют и другие термины, описывающие нарушение акта восприятия.

Иллюзии — искаженное, ошибочное восприятие реального объекта. Наибольшее число иллюзий наблюдается в области зрения. Часть иллюзий может быть связана со строением глаза, часть с особенностями восприятия предметов, форм и т.д. Кроме того, иллюзии могут наблюдаться у здоровых людей в состоянии тревожного ожидания, страха и т.д. ***Иллюзии или иллюзорные восприятия, при которых имеются конкретные раздражители.*** У больного в этом случае формируется искаженное восприятие. Иллюзии разделяются по органам чувств (зрительные, слуховые, обонятельные, осязательные и др.). Известна иллюзия тяжести А. Шерпанье — при подъеме одинаковых по весу и внешнему виду, но различных по объему предметов. Меньший по размеру предмет воспринимается, как более тяжелый, возникает контрастная иллюзия.

Иллюзии могут возникать под влиянием непосредственно предшествующих восприятий. Контрастные иллюзии наблюдаются в области температурных и вкусовых ощущений, например, после холодового раздражителя тепловой кажется горячим, после ощущения кислого и соленого усиливается чувствительность к сладкому и т.д.

К сложным иллюзиям относятся парэйдолии. Они могут возникать у больных с невротическими расстройствами и у здоровых людей при утомлении. Например: в рисунке ковра, орнаменте обоев и т.д., человек видит страшные головы, необычные узоры и т.п.

Галлюцинации—восприятие без объекта, ложные восприятия. Они различаются, как и иллюзии, по органам чувств. Больные видят образы, которых нет, слышат речь, слова, чувствуют запахи, которых не существует.

Среди нарушений восприятия выделяют ***псевдогаллюцинации.*** Они проецируются не во внешнем пространстве, а во внутреннем, то есть голоса звучат как бы «внутри головы». Больные слышат голоса как бы внутренним ухом, говорят об особых видениях, голосах, но не идентифицируют их с реальными предметами и звуками.

Надо отметить особенности ухода среднего медицинского работника за больными с различными нарушениями восприятий, которые заключаются во внимательном выслушивании их жалоб. Никогда не следует разубеждать больных и спорить с ними. Если эти нарушения впервые выявлены сестрой, об этом необходимо доложить лечащему врачу; если же они наблюдались и раньше, необходимо действовать в соответствии с предписаниями врача. Появление галлюцинаций может быть связано и с развитием психического заболевания.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ и ЗАДАНИЯ

1. Дайте определение ощущения.
2. Дайте классификацию ощущений.
3. Что такое восприятие и чем оно отличается от ощущений?
4. Расскажите о свойствах восприятия.
5. Классифицируйте восприятия.
6. Дайте определение представления.
7. Опишите основные виды нарушений ощущений.
8. Какие нарушения восприятия вы знаете?
9. Чем отличаются иллюзии от галлюцинаций?
10. Что вы знаете об агнозиях?
11. Что такое боль?

ГЛАВА 6. ПАМЯТЬ И ВНИМАНИЕ

1. ПАМЯТЬ

Память — одно из важнейших свойств психики. Любая форма психической деятельности опирается на память.

Память — это отражение объективной действительности, заключающейся в запоминании, сохранении и последующем узнавании и воспроизведении того, что было в нашем опыте.

Память — это отражение прошлого опыта, заключающееся в запоминании, сохранении, последующем воспроизведении и узнавании того, что раньше было воспринято, пережито или сделано.

Память человека тесно связана с его мышлением, волей, чувствами и другими психическими процессами.

И.М. Сеченов считал память «основным усилием психической жизни», «краеугольным камнем психического развития».

Память — общемозговая функция, в которой участвуют все разделы головного мозга, а также и подкорковые образования, все системы связей в головном мозге. Память тесно связана с анализаторами и с речью. Благодаря накопленному клиницистами опыту представляется бесспорным большое значение для памяти височных долей головного мозга.

Память—психический процесс, позволяющий человеку сохранять и при определенных условиях восстанавливать огромное количество информации, полученной его мозгом извне и от собственного тела. Человек способен удержать в памяти не только то, что он ощущал и воспринимал, но и то, что он думал, переживал и делал. Память — это отражение объективной действительности, заключающееся в запоминании, сохранении и последующем узнавании и воспроизведении того, что было в нашем опыте.

Память — процесс сложный. Она состоит из нескольких частных процессов, связанных друг с другом: запоминания, сохранения, узнавания и воспроизведения. Если же человек с большим трудом воспроизводит ранее запечатленную и удержанную его мозгом информацию, это означает, что происходит забывание — процесс, противоположный запоминанию, но неизбежный в определенных условиях.

Память человека тесно связана с его мышлением, волей, чувствами и другими психическими процессами. Мышление и воображение невозможны без деятельности

памяти, которая хранит впечатления и знания, дает этим процессам материал для логической и образной переработки. Связь памяти с мышлением особенно ясно выражена в так называемой логической памяти, входящей в состав процесса мышления. Связь с чувствами выражается в том, что человек испытывает удовольствие при успехе и неудовольствие при неудачах запоминания и воспроизведения. Существует также особый вид памяти — память на чувства, пережитые человеком. Запоминание и воспроизведение могут быть как непроизвольными, так и произвольными. Во втором случае видна связь памяти и воли.

Память необходима человеку. Она позволяет ему накоплять, сохранять и впоследствии использовать личный жизненный опыт и некоторую часть опыта других людей, которые человек усваивает в виде знаний, умений и навыков.

Память избирательна. В ней сохраняется не все, что прошло через сознание человека или вообще воздействовало на его мозг, а главным образом то, что связано с его потребностями, интересами, деятельностью. Память, как и другие психические процессы, есть субъективное отражение объективного мира. Значит, особенности и установки личности человека и его деятельность влияют на содержание, полноту и прочность его памяти.

Физиологической основой памяти, по учению И.П. Павлова, является образование, сохранение и возобновление нервных связей в коре больших полушарий. Эти процессы протекают в соответствии с законами высшей нервной деятельности. Связи, возникающие в мозгу, отражают объективные связи, существующие между предметами и явлениями действительности. Они могут быть пространственными, временными, структурными, причинно-следственными и др. Запомнить — значит связать что-то с чем-то: имя человека — с его внешним видом, дату исторического события — с содержанием события и т.п. В психологии подобные связи называют ассоциациями. И.П. Павлов так характеризовал значение и физиологический механизм ассоциаций: «Временная нервная связь есть универсальное фи-

зиологическое явление в животном мире и в нас самих. Вместе с тем оно же и психическое — то, что психологи называют ассоциацией, будет ли это образование соединений из всевозможных действий, впечатлений или букв, слов и мыслей. Какое было бы основание как-нибудь различать, отделять друг от друга то, что физиологи называют временной связью, а психологи — ассоциацией?».

И.П. Павлов считал, что наши знания о работе мозга были бы значительно полнее и точнее, если бы удалось проникнуть в сущность тех биохимических процессов, которые протекают в нервных клетках. В этом направлении проведено много исследований отечественными и зарубежными учеными.

Классификация памяти:

По форме психической активности: произвольная и непроизвольная.

По процессам: запечатление, сохранение, воспроизведение, забывание.

По видам память можно распределить по: а) анализаторам — это зрительная, слуховая, двигательная, органическая, вкусовая и т.д.; б) по сигнальным системам и роли подкорковых образований — это образная, логическая и эмоциональная память; в) по способам запоминания — это прямая память и опосредованная.

По системам: сенсорная, кратковременная, оперативная и долговременная память.

Сенсорная память — это память на образы предметов и явлений или их свойств, которые ранее действовали на наши органы чувств. Непосредственное запечатление сенсорных воздействий, то есть сохранение наглядных образов в виде четкого, полного отпечатка чувственных воздействий объекта на очень короткий промежуток времени (0,25 сек.). Этот вид памяти обеспечивает непрерывность, целостность восприятия динамических быстроизменяющихся явлений.

Сенсорная память делится на: зрительную, слуховую, обонятельную, осязательную, вкусовую, смешанную.

Двигательная — моторная память — это память на движения собственного тела.

Эмоциональная память — это память на пережитые человеком эмоции и чувства.

Словесно-смысловая (смысловая) или вербально-логическая — это память на мысли, выраженные словами.

Возможность сохранения и последующего оживления временных связей — необходимая физиологическая основа памяти. Память ассоциативна. Различают ассоциации по сходству, смежности и контрасту. И.П. Павлов выделил еще ассоциации причинно-следственные. Они имеют в основе логическое взаимодействие компонентов и уже являются переходом к сложным смысловым связям. Последние объединены и обобщены посредством слов в группы и целые системообразования, в которых обобщается наиболее существенное.

Запоминание.

Путем образования ассоциаций в процессе получения информации происходит запоминание, которое может носить ***непроизвольный характер.*** Непроизвольному запоминанию способствует сильное чувство (радость, страх, отвращение, особое физиологическое состояние и др.). Этот способ запоминания имеет определенное, положительное значение, на нем построена память в начальном периоде усвоения знаний.

Основная роль в нашей жизни и деятельности принадлежит ***произвольной форме запоминаний.*** Наиболее характерной чертой произвольного запоминания, кроме волевого акта, является обязательное присутствие мотива, решающей задачи.

Закономерности непроизвольного запоминания: **1.** Зависимость от силы раздражителя, повышенная ориентация на его начало и конец; 2. Зависимость от индивидуальной значимости раздражителя; 3. Зависимость от эмоциогенных свойств раздражителя; 4. Зависимость от включенности объекта в структуру деятельности.

Закономерности произвольного запоминания: 1. Осознание значимости, цели запоминания; 2. Осознание смысла воспринимаемого; 3. Установление структурно-логических взамосвязей в материале запоминания; 4. Логическая реконструкция материала — обобщение, систематизация, установление смысловых ассоциаций.

Механическое и смысловое запоминание.

Механическое запоминание по всем своим качествам уступает смысловому: оно не столь прочно, воспроизведение запоминания, полученного с помощью механического способа, затруднено. К механическому запоминанию люди обращаются тогда, когда материал непонятен, либо отсутствует желание его усвоить.

В большинстве случаев преимущество должно быть отдано смысловому методу ввода информации в наше сознание. При смысловом запоминании ярко выражена необходимость аналитико-синтетического разбора материала.

Считается, что человек может в своей памяти закодировать 1013 битов информации.

Характерный вид активного целенаправленного запоминания — это заучивание. В бодрствующей нормальной нервной системе возникает до 3 млрд. импульсов в секунду, из них 2 млрд. поступают со стороны зрительного анализатора.

В процессе запоминания, по мнению ряда исследователей, большую роль играет РНК. Ослабление связи одного из ее четырех оснований (аденин, гуанин, аланин и цитизин) под действием электрического импульса способствует замещению ее другим белком из фонда клетки и образованию новых РНК, отличающихся от других одним основанием, и вместе с тем синтезу нового белка. Вновь синтезированный белок обладает способностью реагировать на те же самые импульсы, под действием которых образовалась измененная РНК. При раздражении в результате диссоциации белка происходит выброс медиатора в синаптический аппарат, где нервная клетка сообщается со следующей клеткой цепи нейронов.

Физиологическая основа непроизвольного запоминания — образование временных связей преимущественно на уровне первой сигнальной системы, а произвольного — на уровне второй сигнальной системы.

Сохранение.

Различают два вида сохранения материала в памяти: ***кратковременный и долговременный.***

Кратковременная память опирается на способы запоминания, сформировавшиеся в долговременной памяти,

и на приемы, выработанные в деятельности, которую она обслуживает. В свою очередь долговременная память использует приемы и способы запоминания, характерные для кратковременной памяти.

Кратковременная память и оперативная память — сохранение информации от нескольких секунд до 1—2 суток.

Кратковременная память. Непосредственное запечатление совокупности объектов при однократном восприятии ситуации, фиксация объектов, попавших в поле восприятия. Кратковременная память обеспечивает первичную ориентировку при одномоментном восприятии обстановки. Время функционирования кратковременной памяти — 30 секунд. Объем — 5—6 предметов.

Оперативная память. Это избирательное сохранение и актуализация информации, необходимой только для достижения цели данной деятельности. Продолжительность оперативной памяти ограничивается временем, необходимым для соответствующей деятельности.

Долговременная память. Запоминание на длительный срок содержания, имеющего большую значимость. Объем долговременной памяти зависит от релевантности информации, то есть от того, какой смысл информация имеет для данного индивида, для его ведущей деятельности. Удержание информации многие месяцы и годы.

Информация, использованная в деятельности, или исчезает из памяти, или из кратковременной памяти переходит в долговременную память, закрепляясь в белковых молекулах нервных клеток.

В оперативной памяти все подчинено задачам деятельности. Запоминание условий задачи в процессе ее решения — это результат не долговременной, а кратковременной памяти: при выполнении ряда последовательных действий важно сохранить в памяти лишь конечный результат предыдущего действия до получения следующего результата, в противном случае запечатленный материал может мешать решению задачи.

Объем кратковременной памяти зависит от характера выполненной деятельности. Как правило, объем от 3 до 8 единиц.

Механическая кратковременная память имеет большое значение для процессов отбора поступающих в головной мозг сведений из текущей жизни и работы. Запоминание этих сведений на короткое время позволяет из поступившей информации выбрать именно то, что должно сохраниться в памяти на долгое время. Если бы не было этого физиологического механизма отбора, то долгосрочная память перегружалась бы постоянно поступающей информацией, получаемой человеком из окружающего мира, что способствовало бы быстрому истощению центральной нервной системы.

Замечено, что номера, фамилии, имена и другие индивидуальные названия хуже удерживаются в памяти, это объясняется тем, что при этом запоминание почти механическое и менее стойкое, а при запоминании нарицательных имен, особенно понятий, имеются более прочные смысловые связи. Если же этому способствуют сильные эмоции и активные стремления, то материал в памяти удерживается лучше.

При забывании уходит из памяти все второстепенное. Существенное оказывается более прочным, сохраняется и полнее, и более длительное время.

О том, что в мозге почти всегда остаются следы после взаимодействия с предметами, образами и явлениями окружающего мира, свидетельствует тот факт, что даже при несистематическом повторении материала, казалось бы, уже забытое легко восстанавливается в памяти и при подкреплении может сохраняться на протяжении всей жизни.

Процесс сохранения связан с мышлением: материал систематизируется, отделяется второстепенное от главного, производится синтез и анализ с соответствующими выводами и обобщениями.

Воспроизведение.

Воспроизведение в своей основе имеет процесс активации следов, оставленных в головном мозге человека при отражении им действительности. Воспроизводится именно то, что соответствует установкам человека, потребностям конкретной ситуации. Остальной мнестический материал остается до поры до времени «в кладовых» нашей памяти. Воспроизводится то, что было хорошо

закреплено. Способность воспроизведения зависит от состояния организма и, в частности, психики.

Воспроизведение, связанное с преодолением трудностей называется ***припоминанием.***

Воспроизводимые образы предметов или явлений называются ***представлениями.***

Память **в** процессе психической зрелости человека совершенствуется. Например, у детей в связи с недостаточно зрелой центральной нервной системой (слабо развита вторая сигнальная система) воспроизведение **в** основном непроизвольное. У них еще очень несовершенна словесно-логическая память. Ребенок быстро забывает то, что запомнил, если **не** повторяет это вновь **и** вновь. Плохо развито у дошкольников восприятие времени, что затрудняет связывание хранящихся в памяти событий с определенным временем. Человек, как правило, не помнит, что было **в** его жизни **в** трехлетнем возрасте. Эти особенности памяти детей надо учитывать медицинскому персоналу, работающему **в** детских учреждениях.

В развитии памяти большая роль принадлежит второй сигнальной системе. На процесс воспроизведения (репродукции) влияют состояние утомляемости **и** различные отвлекающие факторы.

Подобно запоминанию, различают воспроизведение произвольное и непроизвольное.

Непроизвольной репродукции может способствовать сравнительно малозначащий факт, штрих (освещение, какой-то звук, сходные ситуации и т.д.). При непроизвольном воспроизведении одна из случайно оживленных ассоциаций как бы тянет за собой цепь так или иначе сопряженных с ней других связей.

Произвольное воспроизведение имеет **в** жизни и деятельности человека основное значение. Обязательным является при этом определенный комплекс волевых усилий. Легкость, скорость, точность воспроизведения тесно связаны с рядом факторов: применялся ли смысловой метод запоминания, систематизирован ли был материал, имелись ли положительные эмоции и др.

В психологии часто применяется термин «реминисценция»— непроизвольное воспоминание без осознания того, что это было ранее запечатлено.

Из-за реминисценции запечатленные чужие мысли могут восприниматься как свои. Установление факта реминисценции важно при судебно-психиатрической экспертизе случаев плагиата. Скорости воспроизведения (эксфорирование) способствует процесс узнавания, тесно связанный с процессом воспроизведения.

Процесс узнавания — это объединение по тем или иным признакам непосредственно воспринимаемого в настоящее время с воспринятым ранее. Происходит как бы наложение прошлого восприятия на текущее.

Писатель А.А. Игнатьев описывает интересный случай. В дни Великой Отечественной войны он оказался в Париже, и его поразил один дом и особенно чугунная красивого литья решетка, ограждающая участок около дома. Этот дом и решетка показались ему удивительно знакомыми, ранее неоднократно им виденными. Вернувшись домой, он рассказал об этом своей матери и узнал, что в раннем детстве, путешествуя с родителями по Франции, он жил в Париже в этом доме. В последующие годы он забыл об этом путешествии, однако след запечатленного сохранился.

Наиболее важными качествами памяти являются: быстрота запоминания, объем усвоенного, прочность сохранения, точность воспроизведения, готовность к эксфорированию.

С возрастом, как правило, отмечается ослабление памяти, причем происходит это за счет уменьшения скорости запоминания и понижения возможности сосредоточить внимание и сконцентрировать его на определенном объекте.

Различают ***образный и словесно-логический типы памяти.*** Первую чаще можно наблюдать у деятелей искусства. Смысловая память свойственна ученым. Наиболее часто встречается сочетание этих видов памяти.

Своеобразную форму памяти представляет ***память эмоциональная,*** связанная с определенными переживаниями человека. Среди других типов памяти можно отметить зрительную, слуховую, в частности, музыкальную, а также обонятельную, осязательную, вкусовую.

Особый вид представляет собой ***двигательная память.*** Высокого уровня совершенства она достигает у балерин, людей, выполняющих сложные физические действия. Без

этого вида памяти вообще невозможна целенаправленная деятельность.

Перечисленные типы памяти в той или иной степени выраженности имеются у каждого человека.

Память исследуется в процессе беседы и общения с больным. Распространение получила проба представления для запоминания 10 слов. Подсчитывается количество слов, которые испытуемый воспроизвел верно после однократного и многократного произнесения их. Для изучения процессов сохранения в памяти испытуемого просят повторить те же слова через определенные промежутки времени. Для исследования логической или смысловой памяти испытуемого просят пересказать содержание прочитанных рассказов. Существуют и другие методы исследования памяти.

2. НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

Расстройсва памяти — снижение или утрата способности запоминать, сохранять, узнавать и воспроизводить информацию. При различных заболеваниях могут страдать отдельные компоненты памяти, такие как запоминание, удержание, воспроизведение.

Наиболее частые расстройства: гипомнезия, амнезия и парамнезия. Первое — снижение, второе — выпадение памяти, третье — ошибки памяти. Кроме того, имеется гипермнезия — повышенная способность к запоминанию.

Гипомнезия — ослабление памяти. Может быть врожденной, а в ряде случаев сопровождает различные аномалии психического развития. Встречается при астенических состояниях, возникающих при переутомлении, в результате перенесенных тяжелых заболеваний. При выздоровлении память восстанавливается. В пожилом возрасте при выраженном церебральном атеросклерозе и дистрофических нарушениях в мозговой паренхиме резко ухудшается запоминание и сохранение текущего материала. Напротив, события далекого прошлого в памяти сохраняются.

Амнезия — отсутствие памяти. Выпадение из памяти событий, происходящих в какие-либо отрезки времени, наблюдается при старческих психозах, тяжелых травмах мозга, отравлении окисью углерода и др.

Различают:

ретроградную амнезию — когда утрачивается память на события, предшествующие заболеванию, травме и др.;

антероградную — когда забывается то, что было после заболевания.

Один из основоположников отечественной психиатрии С.С. Корсаков описал синдром, возникающий при хроническом алкоголизме и названный в его честь корсаковским психозом. Описанный им симптомокомплекс, встречающийся при других заболеваниях, называют корсаковским синдромом.

Корсаковский синдром. При данном нарушении памяти ухудшается запоминание текущих событий. Больной не помнит, кто с ним сегодня беседовал, посещали ли его родные, что он ел за завтраком, не знает имен медицинских работников, постоянно его обслуживающих. Больные не помнят событий недавнего прошлого, неточно воспроизводят те события, которые произошли с ними много лет назад.

К расстройствам воспроизведения относятся ***парамнезии — конфабуляции и псевдореминисценции.***

Конфабуляция. Заполнение пробелов памяти событиями и фактами, не имевшими места в действительности, причем это происходит помимо желания больных обмануть, ввести в заблуждение. Этот вид патологии памяти может наблюдаться у больных алкоголизмом при развитии корсаковского психоза, а также у больных старческим психозом, с поражением лобных долей головного мозга.

Псевдореминисценции — искаженные воспоминания. Отличаются от конфабуляции большей устойчивостью, причем как о настоящем, больные рассказывают о событиях, которые были, возможно, в далеком прошлом, возможно, они их видели во сне или их никогда не было в жизни больных. Эти болезненные нарушения нередко наблюдаются у больных со старческими психозами.

Гипермнезия — усиление памяти. Как правило, носит врожденный характер и заключается в особенности запоминать информацию в большем, чем в норме объеме и на более длительный срок. Кроме того, может наблюдаться у больных в состоянии маниакального возбужде-

ния при маниакально-депрессивном психозе и маниакальном состоянии при шизофрении.

Больные с различными видами расстройства памяти нуждаются в щадящем отношении к ним. Это особенно касается больных с амнезиями, так как резкое снижение памяти делает их совсем беспомощными. Понимая свое состояние, они боятся насмешек и упреков окружающих и чрезвычайно болезненно на них реагируют. При неправильных поступках больных медицинским работникам не следует раздражаться, а по возможности надо поправить их, ободрить и успокоить. Никогда не следует разубеждать больного с конфабуляциями и псевдореминисценциями, что его высказывания лишены реальности. Это вызовет только раздражение больного, и контакт с ним медицинского работника нарушится.

3. ВНИМАНИЕ

Человек находится под постоянным воздействием многочисленных раздражителей внешнего и внутреннего мира, однако он не может одновременно реагировать на все раздражители и решать несколько различных задач сразу. Важнейшими условиями любой деятельности человека, любого психического процесса являются необходимая направленность, сужение или ограничение объема этой деятельности при повышении точности и отчетливости восприятия.

Определенная направленность психической деятельности, сознания человека на избирательное восприятие предметов и явлений называется вниманием.

Внимание выступает как одна из сторон сознания.

Направленность состоит в том, что объекты, имеющие в данное время для человека жизненное значение, привлекают к себе его внимание, а другие объекты, не имеющие такого значения, остаются вне его.

Сосредоточенность внимания — это процесс углубления в деятельность, отвлечения от всего, что не имеет к ней отношения.

Внимание не существует само по себе, оно всегда связано с другими психическими процессами — ощущениями, восприятием, памятью, мышлением и обеспечивает ясность и продуктивность их протекания.

Физиологические основы внимания. Внимание связано с процессами возбуждения и торможения, которые протекают в коре больших полушарий, и их взаимодействием.

Физиологической основой внимания является концентрация возбуждения в определенных участках коры головного мозга, в очагах оптимальной возбудимости, в то время как остальные участки коры находятся в состоянии торможения (И.П. Павлов).

При взаимодействии этих процессов возникает очаг оптимальной возбудимости, который в ряде случаев является нервным механизмом внимания. Очаг оптимальной возбудимости формируется следующим образом. Под влиянием действующих раздражителей в определенных пунктах коры больших полушарий возникают очаги возбуждения разной силы. Очаги средней силы образуют вместе то, что называют очагом оптимальной (наиболее благоприятной) возбудимости. И.П. Павлов говорил, что очаг оптимальной возбудимости не является одним возбужденным участком мозга, а представляет «ряд возбужденных пунктов мозга, связанных между собою разнообразными путями». Концентрированное в очаге оптимальной возбудимости возбуждение по закону отрицательной индукции вызывает в окружающих участках коры противоположный процесс — торможение, которое, в свою очередь, по закону положительной индукции усиливает возбуждение нервных клеток очага оптимальной возбудимости.

Представим студента, который внимательно слушает объяснение преподавателя или сосредоточил свое внимание, скажем, на решении математической задачи. Что при этом происходит в коре больших полушарий его мозга? В тех пунктах коры, которые связаны с выполнением данной деятельности, возникло концентрированное возбуждение, а вокруг возбужденных пунктов по закону отрицательной индукции распространилось торможение, которое по закону положительной индукции усиливает возбуждение в том пункте, где оно ранее возникло. Таким образом, в работающем мозгу студента сформировался очаг оптимальной возбудимости, который и является нервным механизмом его внимания.

Очаг оптимальной возбудимости подвижен. И.П. Павлов, поясняя эту мысль, прибегает к такой аналогии:

«Если бы можно было видеть сквозь черепную крышку и если бы место больших полушарий с оптимальной возбудимостью светилось, то мы увидали бы на думающем сознательном человеке, как по его большим полушариям передвигается постоянно изменяющееся по форме и величине причудливо неправильных очертаний светлое пятно, окруженное на всем остальном пространстве полушарий более или менее значительной тенью».

Значительный вклад в понимание физиологического механизма внимания сделал А.А. Ухтомский своим учением о доминанте. Доминантный очаг отличается значительно большей устойчивостью по сравнению с обычным очагом оптимальной возбудимости. Его существование А.А. Ухтомский объяснял суммацией возбуждения: он как бы притягивает к себе слабые возбуждения из окружающих пунктов коры и тем самым становится несколько сильнее и устойчивее. Доминанты образуют физиологическую основу наиболее устойчивого и сосредоточенного внимания, такого внимания, при котором человек совсем не замечает посторонних к основному делу воздействий.

Внимание обеспечивает ясность сознания и высокую производительность труда. Физиологически это объясняется тем, что в очаге оптимальной возбудимости создаются условия, при которых «легко образуются новые условные рефлексы и успешно вырабатываются дифференцировки. Это есть, таким образом, в данный момент, так сказать, творческий отдел больших полушарий».

Внимание всегда связано с повышенным тонусом коры мозга; энергетический заряд коры создают и поддерживают клетки ретикулярной формации.

В некоторых случаях внимание в качестве физиологической основы имеет ориентировочный рефлекс, который возникает при появлении нового раздражителя.

В возникновении и протекании внимания важную роль играют первая и вторая сигнальные системы в их взаимодействии.

Если, например, человек берет инструменты в руки, внимательно их рассматривает, разбирает и собирает в

целях изучения, пробует пользоваться ими, то внимание напряжено, в нем преобладает первая сигнальная система. В данном случае очаг возбуждения возникает и перемещается в коре мозга главным образом под влиянием непосредственно действующих раздражителей — предметов и их свойств, зрительных, слуховых, кожных, кинестетических.

При внимании, связанном с физическим трудом, деятельность первой сигнальной системы играет ведущую роль, но она неотрывна от второй сигнальной системы и находится с нею в постоянном взаимодействии.

Направленность и сосредоточенность внимания связаны с направленностью личности, ее убеждениями, интересами, зависят от способностей, особенностей темперамента и характера этой личности.

Как было сказано, в возникновении и протекании внимания важною роль играют первая и вторая сигнальные системы. Обе сигнальные системы в процессе внимания всегда выступают в единстве и взаимосвязи, их невозможно полностью ограничить, можно лишь установить, какая из них временно преобладает.

Свойства внимания.

Устойчивость внимания — это длительная сосредоточенность внимания на определенных объектах.

Устойчивости внимания способствует смена объектов деятельности и выполняемых действий. Однообразие всегда утомительно.

Колебание внимания — представляет собой периодически повторяющиеся отклонения от основного объекта внимания и возвращения к нему.

Психологически это выражается в снижении внимания к основному объекту деятельности и возникновении внимания в направлении новых объектов. Однако, с помощью волевого усилия, т.е. словесной сигнализации, внимание вновь возвращается к основному объекту деятельности, как только нервные клетки, выполняющие эту деятельность, за период тормозного состояния восстановят свою работу.

Объем внимания. Объем внимания определяется количеством объектов, которые одновременно охватываются вниманием.

Средний объем внимания у взрослых людей равен 4-6 знакам, а у детей — 3-4 знака. При предъявлении слов — до 14 знаков. Объем внимания увеличивается по мере упражнения, предварительного ознакомления с объектами и приобретением знаний о них.

Распределение внимания. Распределением внимания называется такая организация психической деятельности, при которой человек одновременно выполняет два и более различных действий.

Распределение внимания — обязательное условие в ряде профессий, в том числе профессии медицинского работника. От умения распределять внимание часто зависит правильная организация и производительность труда. Распределение внимания — не врожденное качество, его можно развивать путем упражнений.

Переключение внимания. Это произвольный перевод внимания с одного объекта или вида деятельности на другой объект или вид деятельности.

Переключение внимания зависит от значимости того объекта или деятельности, в сторону которых изменяется направленность внимания. Оно также зависит от интереса: более интересные объекты или виды деятельности облегчают процесс переключения внимания в их сторону. Переключение внимания зависит от волевых качеств личности.

Отвлекаемость внимания. Отвлекаемость внимания — это непроизвольное перемещение внимания с одного объекта на другой.

Отвлекаемость возникает при действии посторонних раздражителей на человека, занятого в этот момент какой-либо деятельностью. Отвлекаемость может быть внешней или внутренней. Внешняя отвлекаемость возникает под влиянием внешних раздражителей, при этом произвольное внимание становится непроизвольным. Внутренняя отвлекаемость внимания возникает под влиянием сильных переживаний, посторонних эмоций, при отсутствии интереса и чувства ответственности за то дело, которым в данный момент занят человек.

Рассеянность. Рассеянностью называется неспособность человека сосредоточиться на чем-либо определенном в течение длительного времени.

Встречается два вида рассеянности: рассеянность мнимая и подлинная. Мнимая рассеянность — это невнимание человека к непосредственно окружающим предметам и явлениям, вызванная крайней сосредоточенностью его внимания на чем-либо одном. Мнимая рассеянность — результат большой сосредоточенности и узости внимания. Подлинная рассеянность — человек, страдающий подлинной рассеянностью, с трудом устанавливает и удерживает произвольное внимание на каком-либо объекте или действии. Для этого ему требуется значительно больше волевых усилий, чем человеку не рассеянному. Причиной подлинной рассеянности может быть: неврастения, малокровие, болезнь носоглотки, затрудняющая поступление воздуха в легкие и, следовательно, обедняющая кислородное питание мозговых клеток. Иногда рассеянность есть результат физического и умственного утомления и переутомления, результат тяжелых переживаний. Одной из причин подлинной рассеянности может быть перегрузка мозга с большим количеством впечатлений, а также разбросанность интересов.

Различают внимание произвольное и непроизвольное.

Непроизвольное внимание играет немалую роль в процессе обучения. О *непроизвольном* внимании следует говорить в том случае, когда направленность и сосредоточенность сознания не обусловлены волевым актом человека.

В появлении такого внимания играют роль привычки человека, соответствие раздражителя внутреннему состоянию организма, постоянное ожидание чего-либо и т.д. Непроизвольное внимание имеет в своей основе безусловный ориентировочный рефлекс, проявляющийся в постоянной готовности отвечать на вновь появившийся раздражитель.

Одним из факторов, вызывающих процесс непроизвольного внимания, являются сильнодействующие раздражители.

Очень сильные слуховые, зрительные, кожные, обонятельные, проприоцептивные, органические раздражители, действующие порознь на отдельные анализаторы или

4. Зак. 218

комплексно на ряд анализаторов, вызывают процесс непроизвольного внимания.

К факторам, организующим процесс непроизвольного внимания, следует отнести контрастные раздражители.

Непроизвольное внимание привлекают также эмоционально значимые раздражители. Объекты, которые вызывают чувство радости, удивления, эстетические чувства, чувства гнева и другие, вместе с тем вызывают и непроизвольное внимание.

***Произвольным вниманием* называется такое внимание, которое возникает под влиянием сознательно поставленной цели и волевого усилия.**

Произвольное внимание обусловлено волевым актом человека и связано с сознательно поставленной целью.

Произвольное внимание возникло в процессе трудовой деятельности. Произвольное внимание к чему-либо устанавливается в результате осознания необходимости быть внимательным именно к этому объекту или действию. В произвольном внимании отчетливо выступает деятельность второй сигнальной системы.

Физиологической основой произвольного внимания служит концентрация возбуждения в определенных функциональных системах больших полушарий головного мозга, соответствующих наиболее значительным для человека явлениям окружающего мира. Эти системы обладают поэтому способностью к оптимальной возбудимости. Следовательно, любой слабый, но действующий в этом направлении раздражитель возбуждает именно эти системы, что и проявляется в виде активного внимания.

Решающая роль в жизни и деятельности человека принадлежит произвольному вниманию. В связи с этим его изучению и тренировке придается особое значение. У человека в раннем возрасте решающее значение в развитии произвольного внимания имеют школа и занятия, связанные с пребыванием в ней.

Внимание взрослого человека развивается и совершенствуется вместе с личностью. Здесь огромное значение имеет труд. Положительное влияние на развитие и укрепление внимания у здорового человека и восстановление его у больных играет спорт.

Среди важнейших свойств внимания, как говорилось выше, выделяется концентрация, или сосредоточенность его на ограниченном круге объектов.

Количество этих объектов определяет объект внимания. Концентрация и объем внимания зависят как от особенностей личности и ее состояния, так и от характера деятельности, на которую направлено внимание, и от его объекта.

Болезнь может снизить способность к концентрации внимания по разным причинам: из-за слабости клеток головного мозга, сниженной активности, астенизации. Это нередко отмечается и при некоторых соматических заболеваниях.

Отметим важную особенность внимания — его устойчивость, т.е. возможность длительной концентрации внимания на определенном объекте.

Чем более однообразны операции, предметы, входящие в действие, тем большего напряжения внимания требует это действие. Чем меньше отвлекающих возбудителей имеется в окружающей среде, в мыслях и переживаниях человека, в его организме (болевые ощущения и т.д.), тем легче **сохраняется** устойчивость внимания.

В связи **с** этим в целях **психогигиены на** предприятиях, где работа требует напряженного внимания, следует устранять всякие отвлекающие факторы.

4. РАССТРОЙСТВА ВНИМАНИЯ

Расстройства внимания или нарушения внимания — патологические изменения направленности, избирательности психической деятельности.

Выделяют такие виды расстройства внимания, как сужение объема внимания, неустойчивость внимания. К расстройствам внимания можно отнести определенные типы невнимательности.

Сужение объема внимания — человек одновременно может воспринимать только небольшое число объектов.

Неустойчивость внимания — нарушена концентрация внимания и наблюдается его отвлекаемость на побочные раздражители.

Ослабление внимания проявляется в ***невнимательности.*** Первым типом невнимательности является ***рассеянность,*** определяемая малой интенсивностью внимания. Этот тип невнимательности наблюдается в норме у детей дошкольного возраста и у астенизированных больных.

Второй тип невнимательности определяется высокой интенсивностью и трудной переключаемостью вкутринаправленного внимания. Этот тип отмечается у лиц, одержимых какой-либо идеей, сосредоточенных на своих переживаниях. В болезненном состоянии он характерен для лиц со сверхценными и навязчивыми идеями.

Расстройство способности переключения внимания наблюдается при локальных поражениях органическим процессом лобных долей головного мозга. У таких больных возникшее действие неоднократно повторяется в результате затруднения в переключении внимания на новое действие (персеверация внимания). Наблюдаются и противоположные случаи, когда способность переключения внимания патологически усиливается. Это отмечается у маниакальных больных. Их внимание непрерывно переключается на вновь возникающие объекты внешнего мира, слова, сказанные окружающими, и т.д., в результате чего они ни на чем на достаточно длительное время не могут сосредоточиться.

Третий тип невнимательности определяется не только весьма слабой интенсивностью концентрирования внимания, но еще более слабой его переключаемостью. Такого рода изменения внимания наблюдаются в старческом возрасте, при церебральном атеросклерозе, в условиях кислородного голодания.

Поскольку качество внимания зависит от многих условий, при его исследовании нужно учитывать: внимание в разных формах деятельности, изменение внимания в зависимости от утомления и общего состояния организма, эмоциональных переживаний и т.д.

Повышенная утомляемость особенно часто выражается в снижении внимания.

В связи с этим, важно выявить суточную, недельную или месячную кривую внимания. Следует установить, какие ошибки допускаются больными в работе и когда

более всего. Нужно обратить внимание при опросе на допускаемые пропуски в письме, ошибки в счете.

Большое распространение при исследовании внимания получил корректурный метод. Исследуемому человеку дается текст, в котором в каждой строчке предлагается вычеркнуть одну (иногда две) буквы. Исследование проводится 5—8 мин. Целесообразно проводящему исследование отмечать в тексте, сколько знаков вычеркнуть. По истечении времени подводят итог — количество правильно выполненных действий и сделанных ошибок. Важно обратить внимание на увеличение ошибок, что свидетельствует о нарастании утомления во времени, истощаемости нервных процессов. Это характерно для некоторых больных, страдающих неврозами или органическим заболеванием головного мозга.

Кроме того, для оценки внимания используется счет. Например, дается ряд чисел от 1 до 25 и в каждом ряду имеются пропуски. Предлагается их заменить и восполнить. Можно исследовать истощаемость внимания, предлагая исследуемому вычитать от 100 по 7 или 13, с фиксацией времени выполнения задания, ошибок и т.д. Психологи также используют различные наборы таблиц для исследования внимания.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ и ЗАДАНИЯ

1. Что такое память?
2. Перечислите основные функции памяти.
3. Дайте классификацию памяти.
4. Дайте определение вниманию.
5. Что такое кратковременная и долговременная память?
6. Какие виды нарушения памяти вы знаете?
7. Что называется антероградной и ретроградной амнезией?
8. Расскажите о конфабуляциях и псевдореминисценциях.
9. Чем отличается произвольное внимание от непроизвольного?
10. Перечислите основные свойства внимания.
11. Расстройства внимания.
12. Расскажите о невнимательности.

ГЛАВА 7. МЫШЛЕНИЕ И РЕЧЬ

1. МЫШЛЕНИЕ

Познавательный процесс, начавшись с простого ощущения, продолжается далее в форме восприятия. Восприняв и сохранив воспринятое, сознательно оживив бывшие впечатления в виде представлений, человек далее совершает удивительное действие — мышление. Самое большое чудо — это способность мозга, беря за основу общие свойства предметов и явлений, вскрывая между ними связи и отношения, проводить обобщения.

Мышление представляет собой высшую форму отражения мира, обобщенное познание действительности, в котором важнейшее значение имеет слово, речь.

Предметы и явления действительности обладают такими свойствами и отношениями, которые можно познать непосредственно, при помощи ощущений и восприятий (цвета, звуки, формы, размещение и перемещение тел в видимом пространстве), и такими свойствами и отношениями, которые можно познать лишь опосредованно и благодаря обобщению. Человек не в состоянии, например, увидеть магнитное поле, корпускулярную и волновую природу света, обменные процессы в живых тканях, движущие силы развития общества. Между тем именно эти внутренние, скрытые свойства, процессы, отношения являются существенными, закономерными. Познать внутренние свойства и отношения человек может лишь благодаря обобщению данных наблюдений, экспериментов и путем цепи рассуждений, т.е. посредством мышления. *Мышление — это опосредованное и обобщенное отражение действительности, вид умственной деятельности, заключающейся в познании сущности вещей и явлений, закономерных связей и отношений между ними.*

Первая особенность мышления — его опосредованный характер. То, что человек не может познать прямо, непосредственно, он познает косвенно, опосредованно: одни свойства через другие, неизвестное — через известное. Мышление всегда опирается на данные

чувственного опыта — ощущения, восприятия, представления — и на ранее приобретенные теоретические знания. Косвенное познание и есть познание опосредованное. Опосредованный характер познания дает человеку огромные преимущества в том, что позволяет ему получать достоверные знания о том, что не может быть им воспринято.

Вторая особенность мышления — его обобщенность* Именно через обобщение мы познаем внутреннюю сущность явлений и взаимоотношений между ними. Обобщенное познание действительности с помощью мышления дает возможность человеку использовать установленные на основе предшествующей практики развития человеческие знания общих закономерностей и связей предметов и явлений окружающего мира. Мышление дает нам возможность предвидеть на основании этих знаний ход событий и результаты собственных действий.

С некоторых пор во многих странах, не исключая Россию, развиваются идеи так называемой **парапсихологии, т.е. внечувственного познания,** передачи мыслей от человека человеку без участия органов чувств. Пока трудно сказать, насколько эти теории оправданы, без научного подтверждения.

Нельзя оторвать познание от чувственной его стороны. Ощущение и восприятие едины с мышлением. В настоящее время отечественными и зарубежными учеными установлено, что для поддержания оптимального тонуса коры и подкорковых образований головного мозга необходима постоянная импульсация, идущая от различных анализаторов, причем особое значение имеет поток импульсов, поступающих в мозг через различные органы чувств.

Зрительная и слуховая афферентация выполняет важнейшие функции в процессах раннего онтогенеза ребенка, участвуя в специфической дифференцировке и формировании различных физиологических систем мозга, обеспечивающих нормальное существование организма во внешней среде.

Наблюдая окружающее и вступая в словесное общение с людьми, ребенок за относительно короткий срок усваи-

вает образ поведения и деятельности, накопленный человечеством за всю историю его развития. Постепенно формируется психическая и вместе с тем осознаваемая деятельность.

Одновременное выключение зрения и слуха, возникающее в результате патологического процесса, оказывает существенное влияние на весь процесс жизнедеятельности организма, развитие психики, сознания и личности человека.

Известно, что вынужденное одиночество приводит ребенка к психической деградации. Лица, рожденные слепоглухонемыми, без специальной системы воспитания лишены возможности психического развития, какой-либо деятельности, так как в силу болезненного состояния не могут вступать в активное общение с людьми, познавать и перенимать их опыт. Обучение и воспитание слепоглухонемого ребенка показывают, что человеческая психика и поведение не врожденные, они развиваются не спонтанно, а лишь в общении с людьми.

Медицинский работник на основании зрительного восприятия внешнего облика больного, пальпации, чтения биохимических и других анализов и т.п., ставит тот или иной диагноз. Это ***результат анализа и синтеза,*** обобщающий опыт медицины и медицинского работника, его теоретические знания, запечатленные как в речи, так и в образных представлениях.

С развитием форм труда, психики и речи постепенно развивается мышление, участвующее в процессе речевого общения. Развитие мозга у человека создает предпосылки для индивидуального мышления со всеми его особенностями, присущими определенной исторической эпохе и соответствующими индивидуальным условиям развития в определенной социальной среде.

Мышление — продукт общественного развития, но индивидуальное развитие мышления, его особенности вместе с тем зависят и от особенностей организма, состояния головного мозга и его функциональных возможностей.

Физиологический механизм мыслительных процессов впервые в истории был раскрыт в трудах И.П. Павлова и его учеников. Всю совокупность высшей нервной дея-

тельности человека И.П. Павлов объяснил работой нескольких систем головного мозга.

При этом первой инстанцией являются подкорковые системы, деятельность которых вызывается безусловными агентами из внешнего или внутреннего мира.

Вторая инстанция—большие полушария головного мозга без лобных долей, а также без отделов, воспринимающих словесный раздражитель. Данная инстанция является носительницей непосредственных впечатлений — ощущений, восприятий и представлений. Это — первая сигнальная система.

Третья инстанция обобщает бесчисленные сигналы, поступающие из первых двух инстанций. Это — вторая сигнальная система. Здесь происходит восприятие словесных раздражителей и замена приходящих сюда непосредственных сигналов действительности речью. Деятельность второй сигнальной системы слагается из функции лобных долей и трех анализаторов: речедвигательного, речеслухового и речезрительного. Им соответствуют построение речи и появление слов, и далее восприятие и осмысливание устного и письменного слова.

Физиологической основой мышления является деятельность коры больших полушарий, осуществляемая во взаимодействии сигнальных систем.

Процесс мышления имеет в своей основе пути анализа и синтеза, сравнения и обобщения, абстракции и конкретизации, с последующим переходом к образованию понятий.

Анализ — процесс мысленного расчленения целого (предмета или явления) на составные части, выделение отдельных частей, признаков, свойств.

Синтез — мысленное соединение составных частей в единое целое.

Хотя анализ и синтез — противоположные друг другу операции, они в то же время неразрывно связаны между собой, так как на отдельных этапах мыслительного процесса на первый план выступает либо анализ, либо синтез. В основе диагностики также лежит анализ и синтез, когда необходимо сопоставить разнородные симптомы болезни, а нередко и нескольких болезней.

Сравнение — установление сходства или различия между объектами мышления. В процессе сравнения об-

наруживаются те или иные существенные свойства предметов и явлений. Это одна из существенных сторон мышления.

Обобщение — это мысленное объединение предметов и явлений друг с другом на основе выделения общего и главного. Это может быть характерным и главным для определенного круга предметов и явлений, составляющих материал мышления.

Например, все соматические заболевания разделяют на две группы: терапевтические и хирургические. В терапевтических выделяют сердечно-сосудистые, бронхолегочные, желудочно-кишечные, мочеполовые. В хирургических — выделяют: грудную хирургию, легочную хирургию и др. В терапевтическом отделении могут быть: больные с сосудистой патологией, пороками сердца, онкологическими заболеваниями, патологией сердца, почек и др. Если взять обобщенно онкологию, то она может быть подразделена на болезни, подлежащие консервативному, оперативному лечению, т.е. можно их обобщить по различным признакам с учетом возраста, пола, давности заболевания, профессии и др.

Абстракция. Это отвлечение от отдельных конкретно-чувственно-образных свойств объекта. Абстракция связана с обобщением. При этом исключается все случайное, частное и несущественное в предмете, явлении. Примером абстракции является научное определение болезни (раковой, эндогенной и т.д.).

Конкретизация — показ, раскрытие явления на примере действительно существующего в объективном мире предмета, явления.

В мышлении ту или иную роль может играть интуиция. Например, опытный врач в ряде случаев приходит к правильному заключению о диагнозе как будто внезапно, путем «озарения». Однако, существуют взгляды на интуицию как на особую, мистическую способность и форму познания, оторванную от практики, несовместимую с логикой. Часто понятие интуиции рассматривается вместе с понятием инстинкта.

Основным элементом мышления является понятие.

Понятие — это отражение в сознании человека общих и существенных свойств и качеств предметов и явлений.

Процесс рождения понятий — это сложный процесс обобщения данных опыта, итогов всестороннего изучения предметов, явлений. Формируются понятия на основе восприятий и представлений.

Разница между представлением и понятием состоит в том, что если *представление* отражает определенный предмет, то понятие — лишь общие и главные свойства однородной группы предметов.

Система понятий — продукт общественно-исторического развития. Каждый человек приобретает понятия в процессе общения с другими людьми, но овладевает ими в меру своего умственного развития, знаний, опыта. Значение понятий для процесса мышления очень важно. Они являются тем инструментом, которым оперирует мышление. В результате мыслительной работы рождаются суждения, образуются умозаключения.

Суждение — это утверждение или отрицание чего-нибудь.

Например, «некоторые болезни неизлечимы» и «некоторые болезни излечимы». Говоря «нет» или «да», человек наряду с констатацией какого-то положения, явления устанавливает свое отношение к объекту суждения. Суждение является основным актом или формой, в которой совершается мыслительный процесс, ибо мыслить — это прежде всего судить.

Умозаключение — это вид суждения, логическое следствие сопоставления суждений, полученных в ходе предварительного мыслительного процесса. Умозаключение рождается вследствие сравнения двух или нескольких суждений. Весь процесс мышления по существу представляет собой цепь непрерывно следующих одно за другим суждений и умозаключений.

Если в своем умозаключении человек идет от отдельных частных суждений к общему, то такое умозаключение носит название индуктивного. Например, различные факторы тепла, сильные положительные эмоции, введение сульфата магния вызывают покраснение кожи лица. Покраснение кожи связано с расширением кровеносных сосудов вследствие воздействия различных частных факторов.

Индуктивному умозаключению противопоставляется дедуктивное.

Дедукцией называется умозаключение, в котором на основании общих положений делаются выводы о данном конкретном случае.

Виды мышления.

В зависимости от того, какое место в мыслительном процессе занимают слово, образ или действие, как они соотносятся между собой, выделяют три вида мышления: конкретно-действенное (практическое), конкретно-образное и абстрактное.

Конкретно-действенное мышление направлено на решение конкретных задач в условиях производственной, конструктивной, организаторской и иной практической деятельности людей. Практическое мышление — это прежде всего техническое, конструктивное мышление. Оно состоит в понимании техники и в умении человека самостоятельно решать технические задачи. Процесс технической деятельности есть процесс взаимодействий умственных и практических компонентов работы. Особенности этого вида мышления: ярко выраженная наблюдательность, внимание к деталям, частностям и умение использовать их в конкретной ситуации, оперирование пространственными образами и схемами, умение быстро переходить от размышления к действию и обратно.

Конкретно-образное, или художественное мышление характеризуется тем, что отвлеченные мысли, обобщения человек воплощает **Б** конкретные образы. Этот вид мышления чаще всего встречается у деятелей литературы и искусства. Процесс обобщения не ведет к исчезновению конкретно-чувственных образов предметов и явлений действительности. Предметы, явления сохраняют индивидуально-неповторимое своеобразие. В художественном мышлении образ воплощает глубокое обобщение, мысль, идею.

Абстрактное или словесно-логическое мышление направлено в основном на нахождение общих закономерностей в природе и человеческом обществе. Абстрактное, теоретическое мышление отражает общие связи и отношения. Оно оперирует главным образом понятиями, широкими категориями, а образы, представления в нем играют вспомогательную роль.

2. ИНТЕЛЛЕКТ

Интеллект — относительно устойчивая структура умственных способностей индивида.

В ряде психологических концепций интеллект отождествляют с системой умственных операций, со стилем и стратегией решения проблем, с эффективностью индивидуального подхода к ситуации, требующего познавательной активности, с когнитивным стилем и т.д.

Интеллект включает в себя: приобретенные знания, опыт и способность к их дальнейшему накоплению и использованию при умственной деятельности. Интеллектуальные качества человека определяются кругом его интересов, объемом знаний.

В широком смысле интеллект — это умственные способности человека, совокупность всех познавательных процессов. В более узком смысле — ум, мышление. В структуре интеллекта человека ведущими компонентами являются мышление, память и способность к разумному поведению в проблемных ситуациях.

Понятие интеллект и интеллектуальные особенности личности близки к более часто употребляемым понятиям — способности, общие и специальные способности. К общим способностям относятся, прежде всего, свойства ума, и поэтому часто общие способности называются общими умственными способностями или интеллектом.

Можно привести некоторые определения интеллекта: интеллект как способность к обучению, интеллект как способность к абстрактному мышлению, интеллект как способность к адаптации и решению задач.

Определение интеллекта как совокупности общих способностей связано с работами СЛ. Рубинштейна и Б.М. Теплова. Можно сказать, что интеллектуальные особенности личности играют большую роль в общей успешности деятельности. Способности рассматриваются как регуляторы деятельности, а интеллектуальная активность выделяется в такую единицу, в которой синтезируются умственные способности и мотивационная структура личности.

Мышление является активной функцией интеллекта и совершенствуется по законам логики. Такие мыслительные операции, как анализ, синтез, сравнение, суждение и умозаключение, являются самостоятельными категори-

ями, но осуществляются на основе интеллектуальных возможностей, опыта и знаний. Мышление — это интеллект в действии.

По характеру (глубине, широте охвата, самостоятельности, степени соответствия истине) суждений и умозаключений, являющихся конечными результатами процесса мышления и завершением сложных мыслительных операций, мы судим об интеллекте человека.

Мышление и интеллект исследуются с помощью опроса, кроме того, могут использоваться специальные таблицы, экспериментально-психологические тесты и пробы. Исследование способности к анализу и синтезу, критике нелепых рисунков, задания на сообразительность, быстроту ассоциаций и др. Большое значение имеет ассоциативный эксперимент. Например, психологические тесты Вине — Симона и Векслера, Айзенка.

3. НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ И ИНТЕЛЛЕКТА

Нарушение мышления — нарушение интеллектуальной деятельности, возникающее при различных психических заболеваниях, локальных поражениях мозга и аномалиях психического развития.

Одну из важнейших черт мышления представляет собой **понимание.** В понимании, как и в других мыслительных процессах, используются **ассоциации.** Когда человек сталкивается с новым для него предметом или явлением, с новыми обстоятельствами, перед ним встает задача понять их смысл и значение. Многие слова и фразы имеют не один смысл, не одно значение.

У ряда больных с нарушением психики затрудняется оперирование символами — условными знаками типа пословиц, метафор и др. У здоровых людей доступность условного смысла зависит от их воспитания, образования, умственного развития в целом и других факторов. А больным с органическими поражениями центральной нервной системы и шизофренией часто недоступен иносказательный смысл пословиц, метафор. Это является следствием нарушения мышления.

Близки к нарушению оперирования условными знаками нарушения в понимании юмора. Неумный или малоразвитый человек часто не понимает шутки, юмора, а

нередко толкует их превратно. У ряда больных, особенно шизофренией, неспособность понимать юмор, особенно шутки, бывает особенно выражена. В основе нарушения понимания шутки у больных, как правило, лежит та или иная форма нарушения смыслового анализа.

При больших поражениях в области лобных долей мозга отмечается патологическая склонность к «шутливости», однако «шутки» этих больных бывают плоскими, неуместными. Больной тяжелым соматическим заболеванием часто бывает неспособен понять и оценить шутку, высказанную медицинским работником с целью ободрения или успокоения. Вообще подавленное настроение больного, обусловленное тяжелым соматическим состоянием, не располагает к юмору. Поэтому медицинский работник должен знать, **с** кем и как нужно шутить.

Основными характеристиками мышления (ассоциативного процесса) являются: 1) темп, скорость, 2) стройность (грамматическая и логическая), 3) целенаправленность и 4) продуктивность.

В соответствии с этой характеристикой психолог может обнаружить ускорение или замедление ассоциативного процесса, а также разорванность ассоциаций, паралогические компоненты, своеобразное нарушение целенаправленности с преобладанием погруженности в мир собственных переживаний и использованием специфической символики.

Кроме того, может наблюдаться *нарушение продуктивности мышления,* когда речь бессвязна, представляет набор логически несвязанных слов и предложений.

Нарушение мышления по В.Ф. Матвееву:

I. По темпу

1. Ускорение (увеличение числа ассоциаций в единицу времени).

2. Замедление (уменьшение числа ассоциаций в единицу времени).

II. По стройности

1. Разорванность (нет связи между мыслями и предложениями).

2. Бессвязность (нет связи между словами).

3. Инкогеренция (нет связи между слогами).

4. Вербигерация (стереотипное повторение одних и тех же слов или словосочетаний).

5. Паралогичное мышление (умозаключения строятся вразрез с логикой).

6. Амбитендентность мышления (одновременное возникновение взаимоисключающих идей).

III. По целенаправленности

1. Резонерство (бесплодное мудрствование).

2. Обстоятельность («топтание» вокруг несущественных обстоятельств).

3. Персеверация (застревание на одной ассоциации).

4. Аутистическое мышление (одностороннее, захватывающее лишь внутренний мир больного).

5. Символизм (выводы строятся на основании случайных ассоциаций).

IV. По продуктивности

1. Навязчивые идеи (мысли, возникающие помимо воли больного и воспринимаемые им как болезненные).

2. Сверхценные идеи (переоценка реальных фактов).

3. Бред (болезненно обусловленное ложное суждение, не поддающееся коррекции).

4. Неологизмы (возникновение необычных, непонятных слов).

Нарушение мышления встречается не только при органических поражениях головного мозга и у психически больных, но и при ряде соматических заболеваний.

Нарушение динамики мыслительной деятельности может выражаться в ***лабильности мышления*** — чередование адекватных и неадекватных решений. Противоположное этому нарушение называется ***инертностью мышления,*** оно заключается в затрудненности переключения с одного способа работы на другой.

Нарушение критичности мышления может возникать в тех случаях, когда выпадают постоянный контроль за своими действиями и коррекция допущенных ошибок. Так, при выполнении больными экспериментальных заданий обнаруживается группа ошибок, связанная с бездумным манипулированием предметами, а также с безразличным отношением к собственным ошибкам.

Патология суждения включает главным образом навязчивые, сверхценные и бредовые идеи.

При ипохондрическом синдроме больной в результате нарушения мышления высказывает суждение о наличии

у него определенного страдания. Это сопровождается депрессией, угнетающей волевые процессы.

Следует отметить, что иногда именно вследствие нарушения мышления больные склонны пессимистически оценивать свое состояние.

Нарушения интеллекта.

Основными формами нарушения интеллекта являются; олигофрения (врожденное недоразвитие интеллекта) и деменция (приобретенное слабоумие).

Олигофрения бывает различной степени выраженности. ***По степени тяжести различают дебильность, имбецильность, идиотию.***

Дебильность — легкая степень олигофрении. При дебильности сохраняются некоторые способности к обучению в специальных школах. У лиц, страдающих дебильностью, формируется речь, нередко они обладают неплохой механической памятью и способностью к счету. Способность к обобщению и абстракции снижена. Дебилы безынициативны и способны только к малоквалифицированному физическому труду.

Имбецильность — средняя степень недоразвития интеллекта. Речь имбецилов бедна и косноязычна. Они практически необучаемы. С большим трудом они могут научиться писать несколько слов и выучить цифры в пределах первого десятка. Двигательно они очень неловки и неуклюжи. Им можно привить навыки самообслуживания и санитарной гигиены и приспособить к несложпой работе под постоянным контролем и наблюдением.

Идиотия — тяжелая степень недоразвития. Психика и речь у этих больных практически полностью отсутствуют, они не способны овладеть навыками самообслуживания.

Деменция — приобретенное слабоумие. Оно разделяется на глобарное (тотальное, диффузное) и очаговое (лакунарное).

При тотальном (полном) слабоумии отмечается не только грубое нарушение интеллектуальных способностей, но и распад личности. Резко нарушается память. Больные не могут использовать в своей деятельности прошлый опыт. Критика к своему состоянию у них отсутствует, они не соизмеряют свои поступки с требованиями долга и морали. Глобарная деменция может развиться в резуль-

тате тяжелой травмы головного мозга, злокачественно протекающей гипертонической болезни с выраженным церебральным синдромом и повторными инсультами, в старческом возрасте.

При частичном слабоумии интеллект нарушается частично, однако мыслительные процессы замедляются, отмечается умеренное снижение памяти. Критическое отношение больных к своему состоянию сохранено. Лакунарное слабоумие отмечается при церебральном атеросклерозе в предстарческом возрасте, при тяжелых соматических заболеваниях.

Больные с нарушениями интеллекта доставляют много хлопот при их обслуживании. Они нередко неправильно понимают или истолковывают обращенный к ним вопрос. Неадекватные их высказывания и поступки вызывают раздражение окружающих. Большой выдержки и высокого чувства сострадания требует от медицинского работника обслуживание таких больных. Лучшая форма отношения — доброжелательность.

4. РЕЧЬ

Речь **и** язык.

Язык складывается на основе речевого и трудового опыта людей, принадлежащих к определенной народности, а также отчасти под влиянием языков и речи других народов. На протяжении длительного многовекового периода исторического развития в процессе речевого общения людей создаются национальные языки. При всей общности понятий речи и языка их нельзя отождествлять. Речь возникает и развивается у человека в процессе его общения с окружающими людьми, благодаря которому он овладевает их языком. В процессе общения речь приобретает важнейшее значение для развития мышления, всей психической деятельности.

Человеческая деятельность невозможна без речи, без взаимного обмена мыслями, чувствами, желаниями. Речь позволяет каждому человеку сообщать свои мысли и настроения, намерения и чувства другим людям, а также усваивать эту информацию от других людей. Речевое общение — важнейшая потребность человека, отличающая его от животного.

Речь — это специфически человеческая норма деятельности, использующая средства языка.

Люди говорят и пишут на определенном языке. Не может быть речи вне языка, без языка. Язык — это исторически сложившаяся у отдельного народа или народности система средств общения, система лексических и грамматических форм, их изменений и сочетаний. Речевая деятельность — это процесс общения людей посредством языка. Речь — это язык на службе у конкретного человека. Таким образом язык и речь едины в том, что отражают две стороны одного и того же явления — общения людей. Однако, испытывая потребность в обмене мыслями с другими людьми, человек использует тот или другой язык, принадлежащий его народу. Язык — это всегда продукт народа, его истории. Речь представляет собой практическое использование людьми языка.

Язык — это система средств общения людей друг с другом, способов выражения мысли.

Язык нужен людям не только для непосредственного общения, но и для хранения познавательного, трудового, революционного опыта многих поколений. Новорожденный застает уже готовый язык, на котором говорят окружающие его люди. В процессе развития ребенок овладевает языком, пользуется им при речевом общении и усваивает с его помощью знания и умения.

Речь не существует вне языка, но и язык невозможен вне речи. Он «умирает», если люди перестают им пользоваться. К так называемым «мертвым» языкам относится латынь, древнегреческий, древнеславянский и др. Но речь нельзя отождествлять с языком. Язык развивается в общественно-исторических условиях, в процессе трудовой деятельности многих тысяч поколений, а речь человека развивается в условиях непосредственного общения людей в семье, в школе, на производстве. Язык не может подвергаться патологическим нарушениям, для речи отдельного человека это не исключено.

Речь тесно связана с мышлением. Человек не только выражает свои мысли и воспринимает мысли других людей с помощью речи, но он и думает словами. Неразрывная связь речи и мышления проявляется в значении слова. Каждое слово относится к определенному предмету и

называет его. Называя предметы, слово как бы заменяет их и тем самым создает условия для специальных действий или операций над предметами в их отсутствие, т.е. над их заместителями, или знаками. Однако слово не просто называет те или иные предметы, оно выделяет в этих предметах определенные признаки, по которым и осуществляется процесс обобщения предметов. Таким образом, обобщающее логическое мышление невозможно без речи.

Речь воздействует на процессы, происходящие в организме. Слово может вызвать учащенное сердцебиение, заставить покраснеть или побледнеть. Слово бодрит и угнетает, бросает в жар и в холод, может нанести тяжелые травмы нервной системе. И это понятно. Человек реагирует не только на непосредственные впечатления от вещей, но и на их словесные обозначения, как «сигналы сигналов». Содержание и сила воздействия слов зависят от важности для личности обозначаемых ими явлений жизни.

Речью обладают только люди. Голосовые реакции животных нельзя считать речью. Выполняя сигнальную функцию, они лишены предметного содержания, не обозначают сущности предмета, смысла явления. Тем более они не могут передать, от чего зависит то или иное явление, чем оно порождено. Голосовые реакции позволяют животным выражать свое состояние и сигнализировать близость пищи, опасности и т.д. Голосовые реакции животных не являются обобщениями и всегда стоят на уровне первой сигнальной системы.

Единство трудовых действий порождало единую для всех членов коллектива звуковую систему, с помощью которой первобытные люди обозначали орудия труда, свои действия, явления природы. Вначале человек обозначал речевыми звуками лишь то, что достигалось его чувственным опытом. В речи не было слов для обозначения широких обобщений, отвлеченных понятий, ибо человек еще не мог обобщать так, как это он делал позже. Однако с усложнением трудовых отношений, развитием техники люди стали замечать однородные явления, предметы, действия, свойства предметов. Это породило первые обобщения и отвлечения от конкретного. Возникли понятия. По мере умножения форм трудовой деятельности и по-

знания окружающего мира понятия обогащались содержанием и взаимными связями. Появление грамматических форм и категорий — высокая стадия развития речи в единстве с мышлением.

Большое значение имеет смысловая сторона речи, она находит выражение не только в отдельных словах, но и в их соотношении, в системе слов, в которую слово в данный момент включено и требует единства речевого процесса.

Функции речи.

Речь выполняет несколько функций: коммуникативную, или функцию сообщения; сигнификативную, или функцию обозначения; функцию выражения и функцию побуждения.

Коммуникативная функция состоит в том, что с помощью слов и их сочетаний человек сообщает людям что-то о явлениях действительности и о себе самом, а также воспринимает через речь сообщения других людей. Коммуникативная функция речи непосредственно связана с сигнификативной: если слушатель не понимает обращенной к нему речи, сообщение бессмысленно, оно не несет в себе никакой информации, оно перестает быть для данной личности сообщением.

Сигнификативная функция состоит в том, что речь обозначает реальные предметы, их свойства, действия, связи. У каждого слова есть свое значение. Называя словом конкретный предмет (эту сосну), мы одновременно обозначаем и класс предметов, к которому относится названный объект мысли (сосну вообще, дерево вообще). Это происходит потому, что каждое слово обобщает. Значение слова, точно так же, как и морфологический состав его, обусловлены историей развития языка. Изменения значений слов и грамматических форм речи зависят от ряда исторических условий развития общества.

Функция выражения проявляется в том, что говорящий, сообщая что-либо другим людям, выражает посредством интонаций голоса — убыстрения и замедления речи и других эмоциональных средств — свое отношение к сообщению. Так, грусть выражается медленным темпом речи, некоторой разобщенностью звуков, длительными паузами и понижением голоса. Негодование, восторг, радость улавливаются слушателями по быстрому темпу речи,

большей связности речевых звуков и большей звуковысотной амплитуде. Выразительность речи непроизвольна, хотя и может быть преднамеренной, управляемой.

Функция побуждения выражается в том, что с помощью отобранных в речи слов и их сочетаний, а также интонаций говорящий побуждает людей к действию. Просьбы, приказы, убеждения, доказательства, внушение — все это формы речевого влияния, с помощью которых говорящий воздействует на слушателей.

Анатомо-физиологические основы речи.

Для того, чтобы лучше понять патогенетические механизмы нарушения речи, нужно иметь представление о ее анатомо-физиологических механизмах. Различают периферический и центральный механизмы речи.

Произношение звуков речи обеспечивается периферическими механизмами — функцией голосовых связок, органов речевой артикуляции и дыхания. В регулировании и управлении речью принимают участие центральные механизмы, главным образом различные отделы коры больших полушарий головного мозга.

При звучании устной речи необходимо учитывать различия в тембре. Тембр речи играет роль в ее выразительности, эмоциональной окрашенности. При некоторых заболеваниях тембры речи и звука существенно меняются, например, при отдельных эндокринных заболеваниях. При неправильных положениях периферических органов речи страдает артикуляция. У ребенка в начальном периоде развития речи неправильное положение органов речи при произношении звука ведет к физиологическому косноязычию.

Физиологические механизмы речи сложны. В процессах речи участвует несколько анализаторов мозга — двигательный, слуховой, зрительный. Взаимная связь их меняется в зависимости от того, какой вид речи человек использует в данный момент: слушает речь, сам говорит, читает, пишет или только думает. Исследования показали, что при любом виде речи происходит явная или скрытая работа речевого аппарата, что говорит о рефлекторной природе речи.

Деятельность речевого аппарата представляет собой слаженную работу трех составных его систем: дыхательной (легкие, бронхи, дыхательное горло и мышцы, при-

водящие в движение легкие), голосовой (гортань как продолжение дыхательного горла), артикуляционной (глотка, носоглотка, полость рта, полость носа, язык, губы, зубы, нёбо). Каждая из этих систем выполняет определенные функции в образовании звуков. Мышечная деятельность голосовой системы обусловливается нервными импульсами, идущими от коры головного мозга и обратно по эфферентным и афферентным нервам, которые связывают голосовую систему с корой мозга. Голосовые связки гортани являются рецепторами речедвигательного анализатора.

Речевая деятельность человека имеет условно-рефлекторную природу. Физиологически речь означает образование и функционирование второсигнальных условных рефлексов. Слово как раздражитель особого рода выступает при этом в трех формах: как слышимое, видимое (написанное) и произносимое. Движение речевого аппарата, как уже сказано, наблюдается во всех трех случаях.

Звуковым элементом слова является фонема — специфический речевой звук, обладающий смыслоразличительной функцией. Например: если сравнить слова «мул», «мыл», «мол», «мал», то можно заметить, что речевые звуки (фонемы) у, ы, о, а — не только различны по качеству (звучат по-разному), но и меняют смысл слов, в состав которых они входят. Фонемы д, т, п также меняют смысл соответствующих слов «день», «тень», «пень».

Формирование фонем достигается деятельностью артикуляционного аппарата, в частности, резонаторов (рот, глотка, полость носа). В резонаторах звук усиливается или ослабляется, часть обертонов заглушается, другая часть выделяется сильнее. После такой обработки звуков образуются фонемы и форманты — разновидности фонем. Гласные звуки образуются в результате беспрепятственного прохождения звуковой волны через всю полость рта. Согласные звуки образуются в случае преград, создаваемых языком, зубами, мягким и твердым нёбом; так мы получаем губные, зубные, гортанные, шипящие, свистящие и другие согласные звуки. Носовые звуки «м» и «я» образуются в связи с деятельностью носового резонатора вместе со всей артикуляционной системой. Наиболее подвижным элементом артикуляционной системы яв-

ляется язык, принимающий участие в образовании почти всех фонем.

Звуки, сливаясь, образуют слоги и слова. Соединения слов в предложения, а соединения предложений — в более сложные комплексы, образуют речевой поток.

Слова и предложения объединяются согласно правилам грамматики. Вне деятельности коры головного мозга речевой процесс невозможен. Речь несет информацию коре головного мозга, но эта информация не локализуется в мозговом конце одного какого-либо анализатора. Она вызывает нервные процессы и в других анализаторах. Деятельность второй сигнальной системы всегда означает согласованную работу слухо-речевого, зрительно-речевого и речедвигательного анализатора.

Виды речи.

Различают следующие виды речи: письменная и устная речь, последняя, в свою очередь, подразделяется на диалогическую и монологическую.

Устная речь.

Речь, произносимая вслух, называется устной (экспрессивной) и служит целям общения. В экспрессивной речи, в ее содержании, темпе и ритме, в ее плавности отражается личность человека. По нарушениям речи можно судить о наличии определенных заболеваний. Например, больные, перенесшие энцефалит, говорят очень быстро или крайне медленно, с элементами скандирования. При некоторых органических и функциональных заболеваниях нервной системы плавность речи нарушается, появляется заикание. В основе его часто лежит страх перед слушателями, боязнь плохо выразить свои мысли и т.д.

В повествовательной речи наиболее четко проявляется уровень речевого и интеллектуального развития.

Показателем развития речи является **активный словарь** — запас слов, которые употребляет человек в своей речи. **Пассивный словарь** — это запас слов, которыми человек сам не пользуется в общении с людьми, но способен понять в чужой речи.

У некоторых больных речь становится обедненной. Так нередко бывает при поражениях лобных долей мозга, при агрофических заболеваниях мозга (Альцгеймера, прогрессивный паралич, органические заболевания мозга).

Наиболее простой разновидностью устной речи является ***диалог,*** т.е. разговор, поддерживаемый собеседниками, совместно обсуждающими и разрешающими какие-либо вопросы.

Для ***разговорной речи*** характерны реплики, которыми обмениваются говорящие, повторения фраз и отдельных слов за собеседником, вопросы, дополнения, пояснения, употребление намеков, понятных только говорящим, разнообразных вспомогательных слов и междометий. Особенности этой речи в значительной мере зависят от степени взаимопонимания собеседников, их взаимоотношений. Сплошь и рядом в семейной обстановке педагог строит диалог совсем не так, как в классе при общении с учениками. Большое значение имеет степень эмоционального возбуждения при разговоре. Смущенный, удивленный, обрадованный, испуганный, разгневанный человек говорит не так, как в спокойном состоянии, не только употребляет иные интонации, но часто пользуется другими словами, оборотами речи.

Вторая разновидность устной речи — ***монолог,*** который произносит один человек, обращаясь к другому или многим лицам, слушающим его: это рассказ учителя, развернутый ответ ученика, доклад и т.п.

Монологическая речь имеет большую композиционную сложность, требует завершенности мысли, более строгого соблюдения грамматических правил, строгой логики и последовательности при изложении того, что хочет сказать произносящий монолог. Монологическая речь представляет большие трудности по сравнению с диалогической речью, ее развернутые формы в онтогенезе развиваются позднее. Не случайно встречаются взрослые люди, умеющие свободно, без затруднений беседовать, но затрудняющиеся, не прибегая к заранее написанному тексту, выступить с устным сообщением (докладом, публичным выступлением и т.п.), имеющим монологический характер.

Письменная речь.

Письменная речь появилась в истории человечества много позднее устной речи. Она возникла как результат потребности общения между людьми, разделенными пространством и временем, и развилась от пиктографии, когда мысль передавалась условными схематическими рисун-

ками, до современного письма, когда тысячи слов записываются с помощью нескольких десятков букв. Благодаря письму оказалось возможным наилучшим образом передавать от поколения к поколению опыт, накопленный людьми, так как при передаче его с помощью устной речи он мог подвергаться искажению, видоизменению и даже бесследно исчезать.

Письменная речь играет важную роль в развитии сложных обобщений, которыми пользуется наука, в передаче художественных образов. Письмо и чтение, развитие которых является важнейшей задачей школы, начиная с первых дней обучения ребенка, раздвигает его умственные горизонты и является важнейшим средством приобретения и сообщения знаний. Пользование письменной речью создает необходимость добиваться максимально правильных формулировок, строже соблюдать правила логики и грамматики, глубже продумывать содержание и способ выражения мыслей. Нередко записать что-либо — значит хорошо уяснить это и запомнить.

Письменная речь, по сравнению с разговорной речью, имеет свои особенности. Развитие письменной речи неразрывно связано с развитием самого речевого процесса. Письмо требует известной перестройки мыслительного и речевого процессов. Только на относительно высоком уровне развития письменной речи человек может строить ее так, что она по форме мало отличается от устной речи. **В** процессе жизни появляются индивидуальные особенности письма — почерк. Почерк в известной степени зависит от типа личности, от ее состояния. Иногда по форме письма, по почерку можно в какой-то мере судить об особенностях личности, об эмоциональном состоянии писавшего.

Внутренняя речь.

Кроме экспрессивной речи, выделяется внутренняя импрессивная речь. Можно сказать, что это речь про себя и для себя. Мышление, память, восприятие тесно связаны с внутренней речью. Важнейшее значение также имеет внутренняя речь в самосознании, в регулировании поведения. Внутренняя речь очень важна для процесса мышления, но ее нельзя отождествлять с мышлением.

Значение и смысл внутренней речи определяются речевым опытом человека в общении с другими людьми. В

связи с тем, что внутренняя речь не служит общению, она может быть значительно сокращенной, несколько другой структуры, чем громкая речь, в ней большую роль играют чувственные представления.

При исследовании речи человеку предлагают повторять слова, простые и сложные предложения. Нарушения артикуляции обнаруживаются при повторении особо сложных для артикуляции фраз. Следует использовать названия часто и редко встречающихся предметов и их изображений, пересказ рассказа или описания сюжета картины, письмо под диктовку. Понимание речи можно проверять, давая простые и сложные словесные инструкции, которые больным следует выполнять.

5. НАРУШЕНИЯ РЕЧИ

К нарушениям речи относят в частности — косноязычие. *Косноязычие* — неправильное произношение звуков речи, выражающееся в их искажении и замене. Причинами косноязычия могут быть анатомо-физиологические отклонения речевых органов, нерезко выраженные изменения в строении артикуляционнного аппарата, подражание неправильному произношению. Распространенные виды косноязычия — ротацизм (неправильное произношение *р)*^{у} сигматизм (неправильное произношение шипящих и свистящих звуков), ламбдацизм (дефектное произношение *я).* При нарушении движения мышц, участвующих в произношении членораздельной речи, возникают расстройства произношения речевых звуков — *дезартрии.* Возникают в результате поражения ядер черепных нервов в стволе мозга, при перерыве путей, идущих от коры головного мозга к ядрам черепных нервов.

Иногда в клинике наблюдается временная функциональная потеря голоса, чаще наблюдающаяся при истерии — *афония,*

Расстройства речи — это распад уже сложившейся речи **у** взрослых или нарушение ее нормального развития у детей, вызванные различными заболеваниями. Различия между устной и письменной речью могут быть усилены болезнью. При заболеваниях центральной нервной системы как органического, так и функционального характера может значительно нарушаться письмо, почерк.

Расстройства письменной речи называются аграфиями. Проявляется либо в полной утрате способности писать, либо в грубом искажении слов, пропусках слогов, букв, неспособности соединять буквы и слоги в слова и т.д. Например, для расстройства письменной речи — характерное изменение почерка у больных шизофренией. Он приобретает черты вычурности: непривычное распределение букв и слов, обоснованные подчеркивания, росчерки и т.д.

Афазия — нарушение речи, возникающее при локальных поражениях коры левого полушария мозга, представляет собой расстройство различных видов речевой деятельности, она вызывается очаговыми, локальными болезненными поражениями речевых зон коры головного мозга. У больных афазией нарушается правильный подбор слов и составляющих их речевых звуков, нарушается также грамматическое построение самостоятельной речи. Речь этих больных обеднена, запас употребляемых слов значительно ограничен. Происходит замена одних слов и слогов другими. Нарушаются связи между отдельными частями предложения. При этом могут отмечаться также расстройства чтения и письма.

Афферентная моторная афазия — неспособность или заметно сниженная способность произносить слова. Замена одних звуков другими. Затруднена спонтанная речь. Больные стремятся говорить, но могут произнести лишь несколько слов или слогов или «не могу», «да» и т.д. Понимание обращенной речи у больных сохранено.

Эфферентная афазия — нарушение кинестетической организации речевых актов, трудности переключения с одного слова или слога на другой.

Динамическая афазия — нарушение последовательной организации речевого высказывания, проявляется в нарушении планирования речи, нарушении связной устной речи, трудности актуализации слов, обозначающих действия.

Сенсорная афазия характеризуется нарушением понимания речи окружающих. Отмечается грубое нарушение в письме. Исправить не могут, так как не в состоянии отдифференцировать, например, буквосочетание «та» от «те». У больных сенсорной афазией более, чем при мо-

торной афазии, нарушено понимание обращенной к ним речи. Больные нередко не только не понимают вопросов, но и самых простых жестов. Они говорят свободно, без напряжения и остановок для подыскивания слов, причем в речи, очень искаженной и малопонятной, допускаются многочисленные замены одних слов и слогов другими. Нередко речь превращается в набор слов типа словесной трухи. Для сенсорной афазии характерно *речевое* ***недержание (логорея).***

Акустико-мнестическая афазия — это нарушение слухоречевой памяти, проявляется в виде трудностей понимания речи при ее быстроте, предъявлении двух речевых сообщений, трудности в устной речи — поиск нужных слов.

Оптико-мнестическая афазияу в ее основе лежит нарушение зрительной памяти, проявляется в виде затруднений в назывании предметов и их изображений при легкости называния действий.

Семантическая афазия — нарушение понимания определенных логикограмматических конструкций, например, отец брата, брат отца, весна перед летом и т.д., сочетается с нарушением счета.

Парафазия — нарушение речевого высказывания, проявляющееся в неправильном употреблении отдельных звуков (букв) или слов в устной или письменной речи. Различают два вида парафазии 1. Литературная парафазия — ошибочная замена отдельных звуков или слогов в словах, в основе которой лежат сенсорные или моторные нарушения речи. 2. Вербальная парафазия — замена одних слов другими, близкими по смыслу, что обусловлено мнестическими или семантическими нарушениями речи. Может проявляться как соединение отдельных элементов разных слов в одно — ***контаминация.***

Алалия — «слухонемота», это отсутствие или недоразвитие речи у детей при нормальном слухе и сохранности возможностей умственного развития. Причинами алалии бывают повреждения речевых зон коры головного мозга, возникающие во время родов, мозговые заболевания и травмы, перенесенные ребенком в доречевой период жизни. При моторной алалии ребенок не может говорить, а при сенсорной алалии — он не понимает обращенной к нему речи.

Уход за больными с расстройствами речи представляет определенные трудности: персонал часто не может понять больного и в то же время больной не понимает обращенный к нему вопрос. При уходе за такими больными от медицинского персонала требуется большое терпение, наблюдательность и чуткость.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ и ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте понятие мышления.

2. Какова взаимосвязь между мышлением и речью?

3. Какие виды мышления вы знаете?

4. Перечислите основные виды мыслительных операций и дайте им краткое определение.

5. Что такое понятие **и** чем оно отличается от представления?

6. Дайте определение суждения **и** умозаключения.

7. Что такое нарушение мышления?

8. Что такое интеллект?

9. Классифицируйте нарушения мышления.

10. Расскажите об основных формах нарушения интеллекта.

11. Дайте определение речи.

12. Дайте определение языка.

13. Расскажите о видах речи.

14. Расскажите о косноязычии.

15. Что такое афазия?

16. Расскажите о видах афазии.

ГЛАВА 8. ЭМОЦИИ И ВОЛЯ

1. Эмоции

Эмоции — одна **из** важнейших сторон психических процессов, характеризующая переживание человеком действительности, отношение его к окружающему и к самому себе. Они имеют большое значение в регулировании психических и соматических процессов.

Наши эмоции и чувства являются тонким индикатором, мотиватором поведения, указывающим степень полезности раздражителя для жизнедеятельности (эмоции) или для взаимоотношения личности и общества (чувства).

При этом различные формы отношений человека к воспринимаемому располагаются между приятным и неприятным. Без эмоций невозможна высшая нервная деятельность.

Эмоции есть и у животных, но чувства, особенно высшие, присущи человеку. К ним относятся только те эмоции, которые интеллектуализировались и определяются включением в структуру их работы второй сигнальной системы. По качественному уровню эмоциональной деятельности (чувств) проявляются особенности личности в целом, ее высшие потребности.

Физиологическая роль эмоций в жизнедеятельности организма исключительно велика. Они участвуют в подготовке организма к той или другой деятельности.

У животных функция эмоций исключительно оценивающе-интегрирующая и неразрывно связана с функцией побуждения к действию. У высших животных эмоции достигают высокой степени дифференцировки и сложности и обеспечивают им возможность оценивать любые воздействия внешней и внутренней среды на организм и побуждать адекватные реакции.

Эмоции — психическое отражение в форме непосредственного пристрастного переживания жизненного смысла явлений и ситуаций, обусловленного отношением их субъективных свойств к потребностям субъекта. Эмоции — это психический процесс, отражающий субъективное отношение человека к действителъностм и к самому себе.

Наибольшее значение имеет разделение эмоций в связи с удовлетворением общественных потребностей. *Различают чувства интеллектуальные, моральные, эстетические и практические.* Практические связаны с процессами трудовой деятельности, с решением различных практических задач.

Высшие эмоции развиваются на соответствующей интеллектуальной базе, занимают по отношению к низшим господствующее положение.

Низшие эмоции основаны на инстинктах (голод, жажда', чувство самосохранения и т.д.), они еще называются витальными.

В зависимости от того, какое возникает со стороны

человека отношение к объектам и явлениям, выделяются эмоции положительные (дружба, родительское чувство) и отрицательные (отвращение, антипатия, оскорбленное самолюбие и т. д.). Эмоции тесно связаны с возрастными кризисами. Например — эмоциональная жизнь подростков очень неустойчива, что объясняется временной дисгармонией между корой и подкоркой, первой и второй сигнальными системами, свойственной периоду полового созревания.

В течение жизни взрослого человека имеют место изменения типа его эмоциональности. Здоровый человек способен регулировать свои движения, действия, поступки. Значительно труднее руководить собственными эмоциями. В зрелом возрасте человек этого достигает.

Резко изменяется эмоциональная деятельность в предстарческом и старческом возрасте. В этот возрастной период эмоции становятся более лабильными. Настроение чаще становится подавленным, с элементами тревожности. В старческом возрасте появляется слабодушие — быстрый переход от угнетенно-плаксивого настроения к ровному или несколько повышенному.

Физиологические основы и внешнее выражение эмоций и чувств. Физиологический механизм эмоций и чувств довольно сложен. Он включает в себя деятельность не только коры и ближайшей подкорки, но и других нервных образований. При сильном переживании какого-либо чувства у человека наблюдаются изменения многих жизненно важных физиологических функций: меняется частота и глубина дыхания, учащается или замедляется деятельность сердца, расширяются или суживаются кровеносные сосуды, усиливается или ослабляется функция желез внешней и внутренней секреции, меняется тонус мышц и обмен веществ в организме; другим становится выражение лица, голос, жесты, поза, движения человека.

Многие из этих реакций организма непроизвольны. Нельзя заставить себя не краснеть при гневе или не бледнеть при страхе. Физиологически эмоциональное переживание представляет собой целостную реакцию организма, в регулировании которой принимают участие почти все отделы нервной системы.

Эмоции и чувства, как и другие психические процес-

сы, имеют рефлекторную природу. Ведущая роль в их механизме принадлежит коре больших полушарий.

Под действием внешних или внутренних раздражителей, связанных с удовлетворением определенной жизненной потребности организма, в кору полушарий приходит нервное возбуждение от рецепторов тела. Оно тут же распространяется по коре и нижележащим нервным центрам, в результате чего происходит немедленная перестройка физиологических функций дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, секреторной, мышечной и других систем организма. Безусловно-рефлекторная перестройка жизненно важных функций организма как бы заблаговременно готовит его к удовлетворению текущих потребностей. От внутренних органов и мышц тела немедленно идут обратные сигналы в большие полушария. В результате этого в коре возникает сложное взаимодействие нервных процессов, переживаемое как определенное эмоциональное состояние гнева, тревоги, радости, страха, стыда и т.п. Эмоциональное переживание служит источником произвольных и непроизвольных реакций, направленных на удовлетворение возникшей потребности. Каждое выполненное или задержанное действие вновь сигнализирует коре, что ведет к новым изменениям во взаимодействии процессов возбуждения и торможения в нервной системе; это переживается как новый оттенок чувства, и так — до полного удовлетворения потребности или временного отказа от нее. Таким образом, эмоции и чувства физиологически означают сложное взаимодействие между условными и безусловными рефлексами различных видов.

Рефлекторное регулирование непроизвольных реакций организма осуществляется промежуточным, средним, продолговатым мозгом и мозжечком, включая центры вегетативной нервной системы. Но роль подкорковых нервных образований (ближайших и отдаленных) этим не исчерпывается. Подкорка постоянно оказывает мощное влияние на кору большого мозга, что особенно отчетливо обнаруживается при сильных эмоциональных переживаниях. Возбуждение подкорки при эмоциях тонизирует кору, создавая условия для быстрого и прочного замыкания условнорефлекторных связей. На это многократно ука-

зывал И.П. Павлов. «Подкорка, — писал он, — оказывает положительное влияние на кору больших полушарий в качестве источника их силы». Активизирующее влияние подкорки на кору осуществляется с помощью ретикулярной формации, т.е. сетчатого нервного образования, расположенного в стволе мозга и тесно связанного с нервными центрами, регулирующими деятельность внутренних органов. Если подкорка «заряжает», тонизирует кору мозга, посылая в нее могучий поток раздражений, то кора, наоборот, играет роль регулятора по отношению к этой слепой силе, «не считающейся с действительностью». У больных с органическими поражениями коры головного мозга и ослабленным процессом торможения очень часто возникают сильнейшие вспышки гнева, ярости, страха и других эмоций по ничтожным поводам. Сходное поведение наблюдается и у бесполушарных собак. Таким образом, в механизме протекания эмоций и чувств принимают участие процессы возбуждения и торможения в коре и подкорке, взаимодействующие друг с другом по законам взаимной индукции.

Эмоции представляют собой интегративное выражение тонуса нервно-психических процессов, находящих отражение в изменении параметров нервно-психической деятельности и соматических проявлений.

Эмоции имеют ряд свойств: качество, содержание, направленность, длительность, выраженность, источник возникновения и т.д.

В процессе длительного филогенетического развития животного мира на Земле совершенствовались и центральные структуры, обеспечивающие эмоциональную деятельность. Первичные эмоциональные реакции возбуждают деятельность подкорковых сосудисто-вегетативных и эндокринных центров. Поэтому при выраженных эмоциональных состояниях человек бледнеет или краснеет, возникает тахикардия или брадикардия, гипотония или гипертония мышц, изменяется деятельность потовых, слезных, сальных и других желез. У испуганного человека расширяются глазные щели и зрачки, повышается артериальное давление. Иногда появляется «гусиная кожа», волосы «стано-

вятся дыбом» и др., т.е. при переживаниях происходят те или иные сосудисто-вегетативные и эндокринные сдвиги.

Внешне эмоции проявляются мимикой, пантомимикой, особенностями речи и сомато-вегетативными феноменами.

Мимика — координированные движения мышц лица, отражающие эмоции человека.

Пантомимика — жестикуляция — кординированные движения тела **и** рук, которые сопровождают и выражают различные эмоциональные переживания **и** психические состояния.

Параметрами речи, выражающими эмоциональные переживания, являются ее темп, сила **и** напряженность голоса, его интонации, тембр, звучность.

Стресс. ***Стресс — термин, используемый для обозначения обширного круга состояний человека, возникающих в ответ на разнообразные экстремальные воздействия (стрессоры).***

Первоначально понятие стресс возникло в физиологии для обозначения неспецифической реакции организма (общего адаптационного синдрома) в ответ на любое неблагоприятное воздействие.

Г. Селье считает, что в момент действия любого по качеству **и** силе раздражителя (стрессора) в организме происходят глубокие изменения его биологического тонуса, т.е. возникает реакция стресса. Основными этапами стресса, по Селье, являются: стадия тревоги (понижение артериального давления и температуры тела, преимущественно щелочные реакции—алкалоз, повышение кровенаполнения капилляров, функциональная деструкция желудочно-кишечного тракта, гипогликемия **и** др.), стадия сопротивления (повышение артериального давления и температуры, на смену гипогликемии приходит гипергликемия и стадия истощения).

Стадия стресса — это проявление общего адаптационного синдрома. Начальный этап стресса — это эмоциональные реакции.

Эмоции — это удивительная и совершенная биологическая структура, тесно связанная с анализаторами, сре-

ди которых доминирующую роль играют дистантные (зрение и слух), обеспечивающие организму соответствующий уровень адаптации и работоспособности.

В учении о стрессе Селье основную роль отводит гормонам «адаптации». Роли нервной системы уделяется мало внимания.

Другая точка зрения представляется отечественной физиологией, основы которой разработаны Й.М. Сеченовым и И.П. Павловым. В эмоциональной деятельности анатомо-физиологический субстрат эмоций представлен подкорковыми (в большей степени) и корковыми (в меньшей степени) механизмами. В коре головного мозга человека имеют представительство так называемые высшие эмоции — чувства, которые принимают непосредственное участие в руководстве эмоциональными реакциями в течение всего периода их существования. При этом высшие интеллектуализированные эмоции неразрывно связаны с социально-общественными факторами — уровнем воспитания, образования и культуры. Нервные механизмы являются их основой, а гуморальные сдвиги внутренней среды (стресс-синдром по Селье) представляются в виде их промежуточных звеньев.

Эмоциональные проявления*

В зависимости от непосредственной формы переживанй, направленности, длительности, выраженности, напряженности и источника возникновения, эмоциональные проявления делятся на: чувственный тон, настроение, чувство, страсть, аффект и эмоционально-стрессовые состояния.

Чувственный тон — относительно постоянный, общий, недифференцированный эмоциональный фон, на котором протекают психические процессы.

Он отражает степень и качество отношения человека к^объекту в целом. Источником чувственного тона, не имеющего своего содержания, является непосредственное ощущение или восприятие отдельных объектов или мира в целом. Чувственный тон обеспечивает полноту, яркость непосредственного восприятия окружающей действительности и лежит в основе осознания субъективной принадлежности психических процессов.

Настроение — это длительное, относительно уравновешенное и устойчивое эмоциональное состояние, не дос-

тигающее значительной интенсивности и не имеющее существенных колебаний в течение достаточно длительного периода, окрашивающее отдельные психические процессы и поведение человека.

Настроение определяет общий соматический тонус и общее состояние внешней среды. Продолжительность положительного или отрицательного настроения — от нескольких часов до нескольких дней и даже недель. Настроение обеспечивает соответствующий уровень жизнедеятельности. Если бы не было в эмоциональной деятельности уравновешивающего регулятора, обеспечивающего относительно стабильное настроение, то человек непрерывно находился бы во власти постоянно возникающих эмоций и чувств и был бы не способен к продуктивной деятельности. Подобные явления наблюдаются в клинике при болезненных расстройствах.

Чувство — эмоциональное отношение, отличающееся относительно четкой ограниченностью во времени, интенсивностью переживаний и отражающее конкретную содержательную субъективную оценку человеком определенного объекта.

Страсть — стойкое, сильное чувство, доминирующее над другими побуждениями человека и приводящее к сосредоточению на предмете страсти всех устремлений и сил. Причины формирования страсти разнообразны. Они могут определяться осознанными идейными убеждениями или исходить из телесных влечений, иметь патологическое происхождение.

Страсть может быть принята, санкционирована личностью, а может осуждаться ею, переживаться как нечто нежелательное, навязчивое. Признаком страсти является ее действенность, слияние волевых и эмоциональных моментов.

Изучая типологию той или иной личности, всегда можно прийти к выводу, что те или иные страсти играют огромную роль при выборе профессии. Сами страсти могут быть разделены на веселые, печальные и смешанные. Хронические болезни желудка, внутренностей, печени, поджелудочной железы, селезенки, меланхолия, ипохондрия больше всего производятся честолюбием, ревностью, завистью или продолжительным или глубоким го-

рем. Из 100 больных раком 90 обязаны его возникновением грустным нравственным потрясениям. Страсть к учению, познанию производит много заболеваний: несварение желудка, трудное пищеварение, желудочные воспаления, бессонницу, геморрой, ипохондрию, нервную раздражительность, пагубно действуют на душу и тело.

Четыре господствующих страсти делят между собой человеческую жизнь: обжорство — в детстве, любовь — в юношеском возрасте, честолюбие — в зрелом, скупость — в старости.

Французский просветитель Гельвеций называл безумцами тех, которые стремились ограничить страсти. Он замечает, что «без страстей не может быть великим ни философ, ни министр, ни генерал, ни поэт».

Страсти. В церковной психологии теория страстей рассматривается в следующем порядке. Дурное употребление чувств — это гедонизм, деятельность в сторону наслаждения. Телесные чувства становятся материальным субстратом страстей как крайних проявлений гедонизма. Душевным субстратом страсти является деятельность двух сил души: желательной и чувствительной. Для страсти характерна чрезмерность, повышенная деятельность желательной части души, желания, влечения, не оправданная нормальными физиологическими потребностями организма.

Страсть есть неестественное влечение и пожелание. Сила страстного влечения и пожелания в сравнении с естественным влечением и желанием в том, что во влечениях участвует и другая часть души, именно раздражительная и чувствительная часть, тимос; это основная сила души, ее энергетический принцип. Вторая особенность страсти — чрезмерность, повышенный тонус чувства, превышающий нормальный физиологический уровень. В этой ненормальной, повышенной деятельности в страсти эти силы души теряют свои первозданные черты разумности и естественности и становятся неразумными, составляя вместе неразумную человеческую душу.

Усиление функций неразумной души в страстях совершается главным образом благодаря участию в этой деятельности и самого ума, и, в значительной степени, фантазии. Ум и фантазия стимулируют и взвинчивают, с одной стороны, внешние чувства, то есть материальный,

телесный субстрат страсти, а с другой — повышают тонус желательной и раздражительной части души, то есть душевный субстрат страсти.

Ум сонаслаждается вместе с чувствами и душою и становится сам чувствительным и страстным. В нем появляется новое свойство — отпечатлеваемость, на нем легко отпечатлеваются чувственные образы вещей отсутствующих. Эти образы в уме, находясь в постоянном движении, делают его постоянным источником страстных помыслов.

В эту противоестественную деятельность тела и души вовлекаются и силы духа. Воля начинает служить страстям и становится плотской, сластолюбивой (гедонической) волей, по Исааку, а энергия почти целиком уходит в страсть, не оставляя места для духовной деятельности.

В этом противоестестве человека происходит смешение всех сил тримерии, причем высшие силы грубеют и уподобляются низшим; духовные силы уподобляются душевным, а душевные — телесным. Внешние, телесные силы, в свою очередь, грубеют, деятельность их извращается, аппрегензивная функция воображения превращается в фантазию, происходит, по Синезию, «оземление чувств» и всего тела, то есть начинает преобладать в теле его самый низший и грубый элемент, земля. Еще большему извращению подвергаются душа и дух, которые тоже грубеют.

Дух и душа уподобляются плоти, становятся пассивными, следуют увлечениям чувств и фантазии. Никодим Агиорит говорит, что «тело посредством чувств и чувственных наслаждений старалось сделать ум и дух плотью».

Григорий Синайский и Максим Исповедник прибавляют к этим страстям еще надменность, расточительность, несправедливость, любовь к мирскому, привязанность человека к жизни, угнетенность и ненависть.

Григорий Синайский выделяет особый вид духовных страстей в виде фантастических образований в интеллекте. Эти интеллектуальные страсти выплывают из подсознания в сознание в виде фантазмов в интеллектуально-имагинативном созерцании и составляют главное содержание спекулятивной мистики Востока и Запада.

В новой философии и психологии говорится о страсти, как об усиленном и привычном желании, как о склонности (Кант), диспозиции (Гербарт), связанной с представлением (помысл), склонность к наслаждениям и желаниям (Бенеке), аффекте (Фихте), эмоции (Рибо), волевой привычке (Йодль). Вундт не отличает аффект от страсти. Хотя в этих определениях и есть **Егекоторые** указания на модификацию душевных движений, но ничего не говорится о генезисе страстей.

Определение страстей должно вытекать из понимания сущности страсти, как это вытекает из процесса комплексообразования страсти. Сущность страстности заключается в повышенной гипертрофированной чувствительности тела и души (внешней и внутренней сущности), при гипертрофированном воображении (фантазии). По Максиму Исповеднику, предосудительность и противоестественность страсти заключается в беспокойстве, в смятении души **и** есть болезнь, а бесстрастие есть мир души. По Иоанну Лествичнику, страсть есть дурное, злое применение чувств, а это применение — от ума.

В своем определении страсти Исаак исходит из понятия мира **и** отождествляет мир и страсти: «Мир есть имя собирательное, обнимающее собою страсти. Когда хотим наименовать страсти, называем их миром, когда хотим различать их, то называем их страстями. Страсти же суть части преемственности течения мира». Мир сей немыслим без страстей, и прекращение страстей означало бы конец сего мира и наступление нового века, мира иного. Поэтому аскетическое отрешение от мира есть отрешение от страстей, и наоборот. На основе древнецерковного учения о страстях можно дать следующее определение страсти. Страсть есть тримерический (духовно-душевно-телесный) комплекс, есть смешение катастатически измененных, метасхематизированных (извращенных), противоестественно приложенных, гедонически-аффективно устремленных сил человеческой тримерии, соединенных по законам ассоциативной и условно-рефлективной деятельности.

Характеристика страстей.

Из духовных страстей на первом месте стоят гордость, тщеславие и самолюбие или себялюбие.

Гордость. Гордость знаменует самую глубокую ступень человеческого падения, и крайним ее проявлением является противление Богу, теомахия. Классическим образцом является древний титанизм и прометеизм, не чуждый и обыкновенной генерации людей. Истерическими примерами человеческой гордости, засвидетельствованными в Библии, являются построение Вавилонской башни, Навуходоносор, Кам-биз и другие, поплатившиеся за гордость. В гордости себялюбие и эгоизм, самоуверенность и самоутверждение всего заметнее и интенсивнее.

По аскетическому учению, гордость пагубнее всех других страстей и пороков. По Иоанну Лествичнику, «гордость есть отрицание Бога и источник гнева» «

Тщеславие, Эту страсть Нил Синайский считает началом заблуждения ума, пытающегося охватить Божественное в образах и формах. Поэтому рекомендуется в молитве полная бесформенность и бесчувственность ума. «Тщеславие и наслаждение — материя ума» (Марк Подвижник).

Самолюбие. Исключительное значение о страсти в патогенезе выразил Нил Синайский: «Самолюбие — кормилица страстей». По Исааку, «прежде всех страстей — самолюбие». Исаак считает самолюбие основой, почвой, источником и корнем всех страстей. Самолюбие есть корень эгоизма и эгоцентризма, эрос, направленный на самого себя.

Отчаяние. Когда ущемлены гордость и самолюбие и нет пищи для тщеславия, когда истощены силы ума и души, тогда приходит отчаяние. «Чувственный ум погружает себя в бездну отчаяния через помышления» (Григорий Нисский).

Отчаяние связано с другими страстями, с унынием, малодушием, печалью. Корень отчаяния часто эвдемонический, от невозможности наслаждаться благами жизни, от переизбытка и неприятия страданий, от боязни жизненных испытаний. Отчаяние приводит иногда к самоубийству. Отчаяние также имеет свою метафизику в виде пессимизма, восточного и западного. В западном пессимизме преобладает эвдемонический мотив, а в восточном — неприятие страданий вообще.

Леность. Леность и праздность суть состояния души и духа. По народной поговорке, леность есть мать пороков.

Исаак говорит о праздности: «Остерегайтесь, возлюбленные, праздности, потому что в ней скрыта дознанная смерть... В оный день Бог будет судить нас не о псалмах, не оставление нами молитвы, но за то, что отпущением сего дается вход бесам. Найдя себе место в ленивой душе праздного, бесы толкают его на другие грехи». Леность осуждена и в евангельской притче о талантах.

Чревоугодие. Нил Синайский ставит чревоугодие во главу всех страстей по следующим причинам: «Сухая диета создает трезвый рассудок, а жидкая затопляет ум. Перегруженный желудок рождает постыдные помыслы. Воздержание создает рассудительность, а приток крови вызывает отток духа». И Исаак говорит: «От чревоугодия рождается мятеж помыслов».

Чревоугодник Фальстаф полон постыдных помыслов. Поэзия и искусство чревоугодия были, несомненно, воплощены в Лукулле.

Сладострастие. Эта наиболее характерная для вожделевательной части души страсть свойственна не только человеку, но и надземной, космической иерархии духов и князю мира сего, «сынам противления». «Вы хотите исполнять похоти отца вашего дьявола». Похоть, как и другие душевно-телесные страсти, усложнена участием наслаждения. В виде сластолюбия, сладострастия и любострастия похоть выражается в гиперсексуализме со всеми ее извращениями и ведет к греху прелюбодеяния. Инфернальный аспект сладострастия нашел свое предельное выражение в литературном типе Дон Жуана.

Гнев. Среди страстей на первое место древнецерковные писатели ставят гнев, по его разрушительному действию на весь душевный строй человека. Психологической подкладкой гнева является самолюбие. Когда ускользает источник самоуслаждения, когда есть препятствие к осуществлению личных целей и стремлений, когда воля приходит в столкновение с другой волей, возникает страсть гнева. Гнев исходит из эгоистических побуждений, определяется не разумом, а другими страстями. В основе гневной страсти (аффекта) лежит раздражительность как функция чувствительной части души-тимоса, который очень чувствителен ко всем колебаниям ума. В страстной деятельности ума функция тимоса изменяется,

превращаясь в раздражительность. Раздражительность, **в свою очередь,** помрачает ум. Получается проти**воестественный порочный** круг. «Раздражительность есть непостоянное движение нрава и благопристойность в **душе»** — говорит Иоанн Лествичник. Психофизиологической основой раздражительности и гнева является беспорядочная деятельность тимоса. Когда раздражительность достигает предельного физиологического уровня, наступает порыв гнева как срывная реакция. По своей стремительности и бурности гнев разрушителен. Он нарушает духовно-душевное равновесие больше, чем все другие страсти, вносит смятение, беспорядочность, устраняет рассудительность, ослепляет ум и притупляет все живые чувства, исключает терпение и кротость.

Авва Дорофей говорит: «Волнение есть дым, который возбуждает и ослабляет сердце. Нужно потушить этот небольшой уголь (гнев), чтобы не вышло волнения. Где гнева нет, там прекращается борьба. Кто удержал гнев, тот удержал демона. Где симпатия, любовь и смирение, там нет гнева». Диадох говорит: «От гнева волнуется глубина души, и созерцательный ум страдает. Когда душа волнуется от гнева, то ум не может быть воздержным. Гнев больше других страстей потрясает душу».

По Нилу Синайскому, «гнев есть отец безумия». Гнев опустошает душу (Марк Подвижник). Гнев связан с гордостью. Вспыльчивость есть мгновенное воспламенение сердца (Иоанн Лествичник).

Печаль и уныние. После гневной реакции в виде ослабления и упадка душевной энергии могут возникнуть новые аффективные состояния печали и уныния. По аскетическому учению, печаль не может найти доступ в душу, если нет других страстей, свидетельствующих о любви или пристрастии к мирскому, склонность к удовольствиям, так как именно отсутствие всего этого может привести к печали и унынию. Кто связан печалью, тот побежден страстями. Печаль и уныние несовместимы с любовью к Богу и ближним, со спокойствием и кротостью. При эгоцентризме печаль может перейти в мрачную и безысходную тоску, ведущую к апатии, бездеятельности, отчаянию и духовной смерти. Если печаль регулируется разумом, то она выражается в сознании не-

совершенства жизни и человеческой природы и может служить стимулом к духовному совершенствованию. Есть «печаль по Богу», которая не расслабляет ум и душу, а напротив, ведет к духовной активности и подвижничеству. Иоанн Лествичник говорит: «Уныние есть изнеможение души, расслабление ума». Исаак говорит: «Уныние — от парения ума, а парение ума от праздности, чтения, суетных бесед, или от пресыщения чрева».

Малодушие. Малодушие связано с унынием: «Когда угодно Богу подвергнуть человека большим скорбям, попускает ему впасть в руки малодушия. И оно порождает в человеке одолевающую его силу уныния, в котором ощущает он подавление души... Отсюда тысячи искушений: смущение, раздражение, хула, жалобы на судьбу, превратные помыслы, переселение от одного места в другое... Врачевание же всего этого одно: смиренномудрие сердца».

Скорбь. Душевная скорбь сходна с малодушием и отчаянием. Добровольное же принятие на себя скорби есть путь к совершенству. «Всякий приступающий к перенесению скорби сперва укрепляется верою, а потом приступает к скорбям» (Исаак). Такая скорбь есть добродетель и в борьбе со страстями занимает одно из первых мест. «Скорби и опасности умерщвляют сладострастие, а покой питает и возвращает их».

Ненависть. Диадох говорит: «Гнев и ненависть более всего потрясают душу. Пока в душе есть ненависть, гнозис (знание) невозможен».

Аффект — это предельно выраженная, но кратковременная эмоция, внезапно возникшее сильное душевное волнение. Большой силы эмоциональная реакция, быстро овладевающая человеком, протекающая с бурными пантомимическими, вегетативными проявлениями и сопровождающаяся проявлениями нарушения конроля над своими действиями, поведением.

Для состояния аффекта характерно сужение сознания, при котором внимание субъкта целиком поглощено породившими аффект обстоятельствами и навязанными им действиями. Аффект развивается в критических условиях при неспособности субъекта найти адекватный выход из опасных или неожиданно сложившихся ситуаций. Обладая свойствами доминанты, аффект тормозит не свя-

занные с ним психические процессы и навязывает тот или иной стереотипный способ разрешения ситуации — оцепенение, бегство, агрессия и т.д.

Аффект представляет собой такое состояние, когда возникающее чувство на короткое мгновение как бы ускользает от влияния рассудка. Наблюдаются аффекты ярости, ревности, гнева, радости и др. Аффект обычно сопровождается бурной двигательной реакцией. Находящийся под контролем рассудка аффект носит название физиологического.

В отличие от него при ряде болезненных состояний наблюдается патологический аффект. Человек, находящийся в состоянии патологического аффекта, утрачивает способность руководить своими поступками, отдавать отчет в своих действиях и не помнит, что делал в период аффекта (амнезия). Он может совершить преступление, вплоть до убийства человека, вызвавшего у него такое состояние, покончить жизнь самоубийством. Патологический аффект наблюдается у лиц, страдающих психопатией, эпилепсией, органическим поражением головного мозга.

Эмоционально-стрессовое состояние — это эмоциональная реакция, отражающая отношение человека к действительности в ситуациях, вызывающих эмоциональное напряжение. Эти состояния проявляются в определенной поведенческой реакции, которая называется эмоционально-стрессовой.

Чувства можно рассматривать исходя из того, насколько эмоция связана с волей и влияет на жизнедеятельность. В этом понимании чувства делят на стенические и астенические.

Те чувства, которые способствуют внутреннему подъему, появлению активности и придают человеку бодрость, энергию, уверенность в действиях, называют ***стеническими.***

Если же возникшие эмоциональные переживания ослабляют или парализуют волю, снижают жизнедеятельность и предрасполагают к пассивно-оборонительным действиям, их относят к ***астеническим.***

Чувства украшают личность, делают ее привлекательнее, ярче. Эмоции способствуют творческому подъему, интенсифицируют интеллектуально-мнестические процессы, способствуют стойкости внимания. При от-

дельных заболеваниях положительные эмоции благотворно действуют на течение болезни, отрицательные эмоции утяжеляют течение отдельных заболеваний.

2. ПАТОЛОГИЯ эмоций и ЧУВСТВ

Проявляясь в ответ на воздействие жизненно значимых событий, эмоции способствуют либо мобилизации, либо торможению психической деятельности и поведения, в том числе, они влияют на содержание и динамику познавательных психических процессов: восприятия, внимания, воображения, памяти, мышления. Например, страх студента перед преподавателем не способствует успехам в учебе у этого студента. Эмоциональные проявления могут носить и патологический характер. Этому способствуют различные причины.

Депрессия — аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения.

Субъективно человек в состоянии депрессии испытывает тяжелые, мучительные эмоции и переживания, такие как подавленность, тоска, отчаяние. Влечения, мотивы, волевая активность снижены. На фоне депрессии возникают мысли о смерти, проявляется самоуничижение, суицидальные стремления. Помимо угнетенно-подавленного настроения, характерны идеаторная — мыслительная, ассоциативная и двигательная заторможенность. Депрессивные больные малоподвижны. Большей частью сидят в уединенном месте, опустив голову. Различные разговоры для них тягостны. Самооценка снижена. Изменено восприятие времени, которое течет мучительно долго.

Различают функциональные состояния депрессии, возможные у здоровых людей в рамках нормального психического функционирования, и патологические, являющиеся одним из психиатрических синдромов. Менее выраженное состояние называется субдепрессия.

Субдепрессия — снижение настроения, не достигающее степени депрессии, наблюдается при ряде соматических заболеваний и неврозах.

Эйфория — патологически повышенное радостное настроение. Все окружающее воспринимается в светлых

радужных тонах, все люди представляются очаровательными и добрыми. Другой симптом — это идеаторное возбуждение: мысли текут легко и быстро, одна ассоциация оживляет сразу несколько, память выдает богатую информацию, однако внимание неустойчивое, крайне отвлекаемое, в результате чего способность к продуктивной деятельности очень *ограничена*. Третий *симптом* — это двигательное возбуждение. Больные в постоянном движении, за все берутся, но ничего не доводят до конца, мешают окружающим своими услугами и помощью.

Эмоциональная лабильность — характеризуется легкой сменой настроения от несколько грустного к повышенному без какого-нибудь значительного повода. Она часто наблюдается при заболеваниях сердца и сосудов или на фоне астении после перенесенных соматических заболеваний.

Дисфория — пониженное настроение с раздражительностью, озлобленностью, мрачностью, повышенной чувствительностью к действиям окружающих, со склонностью к вспышкам агрессии. Встречается при эпилепсии.

Эмоциональная амбивалентность — характеризуется одновременным существованием противоположных эмоций. При этом наблюдается парадоксальное изменение настроения, например, несчастье вызывает радостное настроение, а радостное событие — грусть. Наблюдается при неврозах, акцентуациях характера и некоторых соматических заболеваниях.

Апатия — болезненное безразличие к событиям внешнего мира, своему состоянию; полная потеря интереса к какой-либо деятельности, даже к своему внешнему виду. Человек становится неряшливым и неопрятным. К своим родным и близким люди при апатии относятся холодно, безучастно. При относительно сохранной мыслительной деятельности они теряют способность чувствовать.

Формирование эмоций человека — важнейшее условие развития его как личности. Только став предметом устойчивых эмоциональных отношений, идеалы, обязанности, нормы поведения превращаются в реальные мотивы деятельности. Чрезвычайное разнообразие эмоций человека объясняется сложностью отношений между предметами его потребностей, конкретными условиями возникновения и деятельностью, направленной на их достижение.

3. Воля

Когда происходит оценка человека как личности, первостепенное значение имеют его поведение, деятельность. Под деятельностью человека понимается та сторона его жизни, в которой он активно осуществляет стоящие перед ним задачи. В психологии проблема активности, сознательной деятельности рассматривается как проблема воли, произвольной деятельности.

Воля —- это психический процесс, заключающийся в сознательной, целенаправленной, мотивированной, активной психической деятельности, которая связана с преодолением внешних и внутренних препятствий и направлена на удовлетворение потребностей человека.

Волевой акт состоит из этапов последовательных, спланированных действий.

Необходимость природы есть первичное, а воля и сознание человека — вторичное, т.е. наши действия детерминированы (определены) событиями и явлениями, происходящими во внешнем мире. Свобода воли при этом понимается как возможность, способность принимать решение со знанием дела и осмысленно руководить своими действиями, предвидя их последствия.

Эти положения находят научное обоснование в трудах И.М. Сеченова **и** И.П. Павлова об отражательной (рефлекторной) функции головного мозга, об опосредованном восприятии **и** осмысливании объектов действительности.

Физиологические основы воли. Воля, как и другие психические процессы, является функцией мозга. Несмотря на значительную сложность физиологических механизмов волевых действий, наукой доказано, что волевые действия имеют условнорефлекторную природу. И.П. Павлов говорил, что «...механизм волевого движения есть условный ассоциационный процесс, подчиняющийся всем описанным законам высшей нервной деятельности».

В механизме волевого акта важнейшую роль играет двигательный анализатор, корковые клетки которого (кинестетические клетки) имеют двустороннюю связь с двигательной областью коры **и** с корковыми частями всех других анализаторов: зрительного, слухового и пр. И.П. Павлов так характеризует эту связь: «...кинестетические клетки коры могут быть связаны, и действительно связывают-

зя, со всеми клетками коры, представительницами как всех внешних влияний, так и всевозможных внутренних процессов организма. Это и есть физиологическое основание для так называемой произвольности движений, т.е. обусловленности их суммарной деятельностью коры».

Обусловленность волевых действий суммарной работой мозга означает, что действия человека могут быть вызваны не только непосредственными раздражениями, но и следами их, т.е. в результате оживления ранее образованных в коре нервных связей. Значит, представление о действии, мысль о нем может вызвать это действие без видимых внешних причин. Поэтому людям иногда кажется, что произвольные действия беспричинны, а психологи-идеалисты считают этот факт доказательством существования в человеке особого духовного начала (души), якобы независимого от материальных мозговых процессов и от внешних условий существования людей.

Таким образом, И.П. Павлов в общем механизме волевого действия особо подчеркивал значение уже образовавшейся системы временных нервных связей (ассоциаций) между корковыми концами всех анализаторов, т.е. того, что определяет суммарный характер ответной реакции.

Восприятия, представления, переживания и действия человек с детства обозначает и обобщает посредством слова. Слово как раздражитель имеет особую природу. Каждое слово, усвоенное человеком, связано с многочисленными внешними и внутренними раздражениями. В слове закреплен не только личный, но и общественный опыт людей. Поэтому слова, будучи в прошлом связанными с определенными действиями, поступками и переживаниями, служат регулятором поведения человека. И.П. Павлов говорил, что «непроизвольное можно сделать произвольным, но достигается это только при помощи второй сигнальной системы».

Благодаря второй сигнальной системе действие человека становится целенаправленным. Человек может не только вызвать образ предмета, удовлетворяющего его потребность, но и придать своему стремлению* словесную форму, выразить цель обобщенно. При помощи* слов он способен более точно выбрать и способ действия, соотне-

ся его с условиями труда, а если память предложит ему несколько разных способов, то выбрать из них наилучший в данной обстановке. Слово позволяет человеку затормозить двигательную реакцию (или целое действие), если того требуют обстоятельства.

В условнорефлекторной работе мозга слово выступает не только в качестве раздражителя особого рода, но и в качестве подкрепления, что психологически выражается в форме оценки или самооценки выполняемого и выполненного действия («правильно» — «неправильно», «хорошо» — «плохо»).

Волевое действие, будучи целенаправленным, означает наличие в коре больших полушарий стойкого очага оптимальной возбудимости на уровне второй сигнальной системы. Это обеспечивает длительное удержание цели действия, планирование предстоящего действия в соответствии с заданной целью и условиями, возможность оживления именно тех временных нервных связей, которые нужны для реализации цели и пр.

Устойчивость очага оптимальной возбудимости зависит как от действия наличных раздражителей, так и от хранимой мозгом системы прошлых воздействий на него. Учитель, ведя урок, всегда исходит не только из того, что совершается в классе в данный момент, но и из того, что было на предыдущих уроках и что ему предстоит делать в будущем.

Существенную роль в механизмах волевого действия выполняет корковое торможение. Волевой акт выражается не только в способности что-то сделать, но и в способности воздержаться от того, чего не следует делать. Центральное торможение было открыто И.М. Сеченовым и экспериментально изучено И.П. Павловым и его сотрудниками.

Важнейшее значение в формировании акта воли имеет мотивационная сфера человека. Она представляет собой совокупность желаний, побуждений, приобретающих характер мотивов действий, поступков и форм деятельности. Особенности данной сферы определяют направленность личности.

Началом формирования воли является влечение. *Влечения возникают на базе инстинктов — пищевого, обо-*

ронительного, полового и др. Когда влечение достаточно оформлено в сознании, выяснены пути и способы его удовлетворения, тогда оно носит название «желание». Эти психические импульсы относятся к более старым филогенетическим формациям. В процессе исторического развития человеческой личности воля сложилась как качество психики, сознательно направленное на преодоление препятствий.

Некоторые авторы утверждают, что отдельные элементы волевого процесса, в частности, влечение, имеют биологическую природу, т.е. врожденного характера. С этих позиций они рассматривают влечение к преступным действиям. Утверждается принцип «сын преступника — потенциальный преступник». С антропологических позиций пытаются найти физические признаки у лиц, склонных к преступности: своеобразную форму черепа, носа, подбородка и т.д.

Другие авторы утверждают, что преступление — явление социальное, рожденное неравенством, нищетой и бесправием значительной части общества.

Непосредственные побуждения к деятельности приводят к действиям по невольному импульсу (мгновенная реакция на полученное воздействие) или, в виде реакций отсроченного типа (действие обдуманное, возникающее на основе точного представления результата действия). Все действия делятся на — произвольные и непроизвольные.

Непроизвольные действия совершаются в результате возникновения неосознаваемых или недостаточно отчетливо осознаваемых побуждений.

Произвольные действия предполагают осознание человеком цели и предварительное представление тех операций, которые могут обеспечить ее осуществление.

В сложном волевом процессе можно выделить несколько этапов.

Первый этап—возникновение побуждения, стремления к достижению определенной цели. Потом появляется сознание ряда возможностей достижения этой цели (2 этап) и сразу же за этим мотивы (3 этап), подкрепляющие или опровергающие эти возможности. Дальше начинается борьба мотивов (4 этап). Рассмотрев все «за» и «против», взвесив различные мотивы, учтя конкретную обстановку, человек принимает решение (5 этап). Волевое

действие заканчивается осуществлением принятого решения (6 этап).

Продолжительность каждого из перечисленных этапов различная и зависит от особенностей личности и объективных причин выполнения принятого решения. Для того, чтобы побуждение обратилось в действие, требуется решительность, то есть способность делать окончательный выбор. Однако трудно бывает преодолеть этап борьбы мотивов и осуществлять принятое решение. *Инициатива.* Она особенно важна при выполнении принятого решения. Среди других качеств, следует отметить самостоятельность в решении, поступках, выдержку, самообладание в момент неожиданных осложнений и определенную самокритичность.

Развитие воли, способности к волевой деятельности — процесс длительный. С раннего детства родители формируют у ребенка вначале самые простые (опрятность, самообслуживание **и** др.) ***и*** усложняющиеся по мере развития индивидуума навыки.

Навыки — это автоматизированные компоненты сознательной деятельности, вырабатывающиеся при частом повторении каких-либо действий.

Формирование навыков характеризуется устранением излишних движений **и** напряженности, объединением ряда частных действий в одно целостное действие. Навыки формируются в упражнении, т.е. в целенаправленном, многократно повторяющемся действии с целью его усовершенствования. На фоне уже приобретенных навыков действия становятся все более сознательными. Это уже волевые действия. В подростковом возрасте и в период зрелости по мере накопления знаний, появления новых интересов и потребностей волевые действия усложняются и совершенствуются.

В самом начале волевого акта имеет место одновременное возникновение нескольких мотивов деятельности, вступающих в конкуренцию между собой. Это приводит к «борьбе мотивов». Далее осуществляется выбор одного из мотивов — принимается решение, определяется цель последующей деятельности. Вслед за принятием решения наступает облегчение, даже при отрицательном для личности содержании.

Внушаемость — свойство волевой сферы, при наличии которого человек легко поддается чужим влияниям, а мотивы его действий определяются последними.

Нерешительность — следствие задержки волевого акта на этапе борьбы мотивов или реализации принятого решения.

Упрямство — неспособность, несмотря на разумное обоснование, отказаться от принятого ранее малопродуманного решения и плана действий.

Волевая неустойчивость — неумение сдерживать неодобряемые самим человеком проявления чувств в виде раздражения, гнева, страха, ярости, отчаяния.

Все сложные волевые акты проходят вначале путь простых актов. В них имеется элемент автоматизации, то есть заученное в процессе жизненного опыта действие.

Заключительным этапом всякого волевого процесса является мышечное движение. Это движение может быть самым разнообразным: выполнение сложной детали на токарном станке, создание художественной картины, саркастическая улыбка в ответ на незаслуженное оскорбление и много других видов человеческой деятельности и поведения.

Во всякой деятельности большую роль играет заинтересованность человека в выполняемой работе. При выполнении неинтересной, скучной работы, не отвечающей склонностям человека, снижается интерес к ее выполнению, развивается быстрое утомление. Положительные эмоции значительно отдаляют период, когда появляется усталость. Это объясняется стимуляцией подкорковых образований, которые, в свою очередь, тонизируют кору.

Волевой акт включает в себя борьбу разнонаправленных мотивационных тенденций. Если в этой борьбе берут верх непосредственные побуждения, в том числе и нравственного порядка, деятельность осуществляется помимо ее волевой регуляции.

4. ПАТОЛОГИЯ ВОЛЕВЫХ ПРОЦЕССОВ

Из *волевых расстройств следует привести* такие, как, например, гипобулия, гипербулия, абулия. Наиболее часто среди нарушений волевых процессов встречается их снижение или гипобулия, которое может сопровождаться также снижением эмоционального фона.

Гипобулия — понижение волевой активности. Такие люди малоподвижны, стремлений к деятельности у них почти не возникает. Начав что-либо делать, они быстро прекращают работу не потому, что наступает усталость, а в связи с отсутствием желания продолжать свое занятие. Снижение волевой активности может наблюдаться у соматических больных при длительном пребывании в стационаре.

Люди, страдающие гипобулией, нуждаются в повышении к ним требовательности в отношении соблюдения лечебного режима. Их нужно активизировать при выполнении самых элементарных действий — своевременный прием лекарств, лечебных процедур и т.д. Полезно давать таким больным несложные поручения, которые они должны выполнить под контролем персонала. Сложнее определить тактику с амбулаторными больными. Основная тактика поведения с ними — внимательное и заботливое отношение.

Абулия — нерешительность, ослабление воли, безволие. Патологическое нарушение психической регуляции действий. Характеризуется вялостью, отсутствием инициативы и побуждений к деятельности. Проявляется в неспособности принять решение и осуществить нужное действие, хотя необходимость его осознается. Начав какую-либо работу, больные ее быстро бросают.

Данное нарушение следует отличать от **слабоволия** как черты характера, вызванной неправильным воспитанием и другими факторами, которая может быть устранена направленной тренировкой воли.

При абулии человек прекращает всякую деятельность, утрачивает все желания. Он долго остается в постели или сидит в стереотипной позе. Тяжелая абулия, как правило, возникает при массивных поражениях лобных долей мозга, признак кататонической формы шизофрении, при кататоническом ступоре — состоянии полной обездвиженности и др. В зависимости от причины абулия может быть кратковременным, переодически возвращающимся или постоянным состоянием.

Гипербулия — чрезмерная активность человека. Непродуктивная гипербулия наблюдается, например, у больных, находящихся в маниакальном состоянии. Ги-

пербулия может также возникать при некоторых соматических заболеваниях.

Встречаются на практике и такие нарушения, как ***извращения волевой деятельности — парабулии,*** которые проявляются у человека в странных, иногда нелепых поступках.

Материал об оценке волевых качеств пациента может дать тщательно собранный анамнез, а также наблюдение за больным. Наблюдение за выразительностью, точностью и быстротой движений, степенью активности. Определенный материал дают также записи медицинских сестер о поведении больного.

Следут отметить, что неправильное воспитание делает человека менее способным к волевой деятельности.

Незрелость эмоционально-волевой сферы — ***инфантилизм,*** выражается в несамостоятельности решений и действий, чувстве незащищенности, пониженной критичности индивида к себе и т.д. Проявляется в компенсаторных реакциях, таких как фантазирование, замещающее реальные поступки, эгоцентризм и др.

Развитие воли может сыграть большую положительную роль в компенсации различных дефектов, различных патологических осложнений развития. Бывают случаи, когда благодаря огромной воле к жизни больной человек может преодолеть боль, слабость, страдания и оказать решающую помощь медицинским работникам в процессе лечения.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ и ЗАДАНИЯ

1. Дайте определение эмоций.
2. Расскажите о классификации эмоций.
3. Что такое стресс?
4. Расскажите о страсти.
5. Расскажите о характерных признаках депрессии.
6. Что такое эйфория и дисфория?
7. Чем характеризуется эмоциональная лабильность?
8. Дайте определение воли,
9. Расскажите об этапах волевого процесса.
10. Что такое нерешительность и упрямство?
11. Что такое гипобулия и абулия?
12. Что такое апатия?

ГЛАВА 9. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ

1. Личность

Проблемой личности занимаются психологи, социологи, экономисты, педагоги, юристы, медики, медицинские психологи и многие другие специалисты. Однако этот вопрос остается довольно актуальным, и сфера изучения личности значительно расширяется в различных научных отраслях и производстве.

При социальном анализе личности различают понятия «человек» и «личность». Понятие «человек» есть понятие природно-общественное, а понятие «личность» — социальное, т.е. оно связано не с физическим бытием человека, а с его определенными общественными свойствами. Каждая конкретная личность имеет индивидуальную функциональную структуру свойств. Отдельные свойства личности, обычно называемые чертами, нестабильные и подвержены изменениям под влиянием условий жизни, воспитания, болезни и др. Поэтому обычно говорят не просто о структуре, а о динамической структуре личности.

Индивид — человек как единичное природное существо, представитель вида Homo sapiens, носитель индивидуально своеобразных черт, таких как задатки, влечения и т.д.; отдельный представитель человеческой общности; выходящее за рамки биологической ограниченности существо, использующее орудия, знаки и через них овладевающее собственным поведением и психическими процессами. Индивид — биологический организм, носитель общих генотипических наследственных свойств биологического вида, то есть индивидом мы рождаемся.

Одна из наиболее характерных сторон личности — *индивидуальность,* под которой понимается неповторимое сочетание психологических особенностей человека. Сюда относятся характер, темперамент, особенности протекания психических процессов, совокупность преобладающих чувств и мотивов деятельности, сформировавшиеся способности.

В медицинской психологии личность изучается как элемент природной и социальной системы, но с той лишь особенностью, что здесь речь идет, прежде всего, о личности больного человека.

Одной из зарубежных теорий личности является психоморфологический локализационизм (Клейст, Кречмер и др.). Свойства личности связываются с конституциональными особенностями в строении тела.

Э. Кречмер выделяет три разновидности характера:

шизотимический (сдержан, необщителен, прямолинеен, раздражителен и пр.),

циклотимический (реалистичен, общителен, человеколюбив, любознателен и пр.),

эпилептический (гневно-злобен, вязко-мелочен и др.).

По мнению Э. Кречмера, лицам пикнического телосложения соответствует циклотимический характер, астенического телосложения — шизотимический, а лицам атлетического и диспластического телосложения — эпилептический.

Большое распространение имеет психоаналитическое направление. Сторонники этого направления утверждают, что личность представляет собой проявление борьбы бессознательного (инстинктивного, главным образом сексуального, влечения) с сознательным. Человеком, по Фрейду, управляют влечения: влечение к жизни (половое) и влечение к смерти и разрушению. По мнению фрейдистов, современная циливизация препятствует проявлению инстинктов. Соответственно этому влечения вытесняются в подсознательную область, что и может проявиться в виде невроза. Учитывая относительное постоянство и непрерывность «процессов вытеснения» в психике любого человека, фрейдисты приходят к заключению о том, что каждый человек в какой-то степени систематически страдает неврозом.

Несостоятельность по многим позициям психоанализа способствовала появлению неофрейдизма — направления в западной психологии и психопатологии, представители которого отрицают решающую роль инстинктов в психологических проявлениях; определяющее значение они придают культурной обусловленности личности.

Согласно трактовке экзистенциалистов, всякий человек живет в созданном его психикой определенном «эскизе» мира, имеет свою собственную концепцию его. Всякий человек открывает для себя именно тот горизонт, то «окно», которые наиболее приспособлены к природе его

личности. Люди как бы смотрят на мир через «отверстие в их сознании», каждый через свое собственное. Экзистенциалисты анализируют не объективные свойства психики как отражение реальной действительности (времени, пространства и др.), а спонтанно возникающие индивидуально-психологические особенности личности, оторванные и противопоставляемые объективному миру.

Концепция единства духа и личности легла в основу философии и психологии персонализма, представитель — В. Штерн. Персоналисты считают личность «индивидуальной» субстанцией, нейтральной не только к физической, но и психической сущности человека. «Ядро личности» окружено «сферами» темперамента, характера, способностей. Персоналисты отвергают причинное материалистическое и историческое понимание личности.

Можно привести несколько определений личности;

1. ***Индивид, как субъект социальных отношений и сознательной деятельности.***

2. ***Системное качество индивида, определяемое включенностью в общественные отношения, формирующееся в совместной деятельности и общении.***

3. ***Личность — особое качество человека, приобретаемое им в социокультурной среде в процессе совместной деятельности и общении.***

Структура личности по К.К. Платонову:

I. Подструктура направленности. Объединяет отношения и моральные черты личности, направленность личности, то есть потребности, интересы, идеалы, убеждения. В формах направленности личности проявляется воспитание, отношения и моральные качества.

II. Подструктура социального опыта. Включает в себя знания, навыки, умения, а также привычки, приобретенные в личном опыте, путем обучения.

III. Психологическая подструктура — подструктура форм отражения. Охватывает индивидуальные особенности отдельных психических процессов, которые формируются в процессе социальной жизни.

IV. Биологически обусловленная подструктура. Объединяет типологические свойства личности, темперамент, тип нервной системы, конституция тела, половые и возрастные особенности, ее патологические изменения, которые

s значительной степени зависят от физиологических и морфологических особенностей мозга.

Через деятельность личность выступает как единое целое, а сознание служит ей как бы инструментом деятельности. Психологи знают, что в политической, как и в любой другой, деятельности определяющим стержнем является цель. Есть четкая цель — есть и конкретная деятельность, нет цели — неизбежна суета и имитация дела. Многие годы всякая инициатива снизу не получала поддержки, не могла реализоваться. И сегодня остаются актуальными проблемы убеждения и веры, интереса к созидательному, производительному труду, лидерства и др.

Исследование общей структуры личности дает возможность сделать следующие выводы:

1) личность, ее свойства и качества зависят от общества, от всей системы общественных отношений;

2) по мере развития общества формируется и соответствующий данному политическому этапу уровень развития личности;

3) нельзя сформировать свойства и качества человека в отрыве от жизни, от реальной действительности, от реальных потребностей человека;

4) практика не подтвердила, что в человеке коллективизм сильнее индивидуализма;

5) нельзя сформировать у всех одинаковые потребности.

Характеристика личности. Человека как личность характеризует система обусловленных жизнью в обществе отношений, субъектом которых он является.

Личность характеризуется глубинными смысловыми структурами, обуславливающими ее сознание и поведение, степенью осознанности своих отношений к действительности.

В направленности различают качества и формы. Качества направленности — это уровень, широта, интенсивность, устойчивость, а основное в качестве — действенность. Формы направленности: мировоззрение, идеалы и как высшая форма направленности — убеждения.

Направленность — совокупность устойчивых мотивов, ориентирующих поведение и деятельность личности относительно независимо от конкретных условий, характеризуется доминирующими потребностями, интересами, склонностями, убеждениями, идеалами, мировоззрением.

Потребность — это основной источник активности человека; внутреннее состояние нужды, выражающее его зависимость от конкретных условий существования.

Мотив — побуждение к деятельности, связанное с удовлетворением определенной потребности. Существуют осознанные мотивы и неосознанные. Неосознанный мотив, если осознание потребности не вполне соответствует подлинной нужде, вызывающей неудовлетворение. Человек не знает подлинной причины своего поведения. К неосознанным мотивам относят влечение, на формирование неосознанных мотивов оказывают влияние установки, внушения, фрустрации. *Влечение* — недостаточно отчетливо осознанная потребность, этап формирования мотивов поведения. Неосознанность влечений преходяща, потребность, в них представленная, либо угасает, либо осознается. *Установка* — неосознанное состояние готовности человека определенным образом воспринимать, оценивать и действовать по отношению к окружающим его людям или объектам.

Интерес — одна из форм направленности личности, окрашенная положительной эмоцией, связана с проявлением познавательной потребности.

Под *мировоззрением* понимается система взглядов на окружающую человека объективную реальность.

Идеал — это высшая цель сознательных активных устремлений личности. Часто идеалы воплощаются в определенные конкретные образы.

Убеждение определяется сочетанием мировоззрения со стремлением к его осуществлению, готовностью бороться за свое мировоззрение. В структуру убеждений входят компоненты мышления, эмоций и воли.

Понять направленность личности — это прежде всего раскрыть устремления человека, цели, которые он ставит на своем жизненном пути, мотивы, которыми руководствуется в своих действиях и поступках, причины, побуждающие его к активной деятельности. Все это реализуется в таких психологических формах, как потребности, интересы, убеждения, мировоззрение и идеалы личности.

Воспитанная у человека потребность в труде побуждает его к активной деятельности, направленной на удовлетворение этой потребности. Такой человек не может оставаться без дела даже в часы досуга. Наличие устойчивого

интереса заставляет человека сосредоточить свое внимание, мысли, волю на интересующем объекте. Он будет всячески стремиться удовлетворить свой интерес. Высокий идеал, ставший целью жизни человека, побуждает к достижению этого идеала, делает человека мужественным в преодолении трудностей.

Изучение направленности каждого человека, т.е. потребностей, интересов, идеалов и убеждений может быть необходимо для раскрытия его стержневой линии жизни.

В процессе индивидуального развития каждого человека происходит формирование его направленности, выражающейся в развитии потребностей, интересов, мировоззрения, убеждений и идеалов. Потребности являются исходной причиной, побуждающей человека к активным действиям, в которых выражается определенная его направленность.

От рождения человек, как и все животные, нуждается в питании, сне, воздухе, питье и т.п. Это *естественные потребности*. Они являются необходимым условием существования организма животного и человека. Без удовлетворения естественных потребностей и животное, и человек обрекается на смерть.

Формы и качества направленности связаны с опытом и знаниями, навыками, умением и привычками данной личности. Эта подструктура определяет уровень развития личности.

Следующей подструктурой личности является темперамент — это особенности личности, характеризующие ее со стороны динамики психических процессов. Физиологической основой этих особенностей являются присущие нервной системе человека сила, скорость протекания, быстрота смены и уравновешенность основных нервных процессов — возбуждения и торможения.

Индивид и личность. Человек на свет рождается уже человеком. Это утверждение только на первый взгляд кажется истиной, не требующей доказательств. У человеческого зародыша в генах заложены природные предпосылки для развития собственно человеческих признаков и качеств. Конфигурация тела человека предполагает возможность прямохождения, структура мозга обеспечивает возможность развития интеллекта, строение руки — перспективу использования орудий труда и т.д., и этим младенец — уже чело-

век по сумме своих возможностей — отличается от детеныша животного. Таким образом доказывается факт принадлежности младенца к человеческому роду, что фиксируется в понятии индивид, в отличие от животного, которого именуют особью. В понятии индивид воплощена родовая принадлежность человека. Индивидом можно считать и новорожденного, и взрослого на стадии дикости, и высокообразованного жителя цивилизованной страны.

Говоря о конкретном человеке, что он индивид, мы по существу утверждаем, что он потенциально человек. Появись на свет как индивид, человек постепенно обретает особое социальное качество, становится личностью. Еще в детстве индивид включается в исторически сложившуюся систему общественных отношений, которую он застает уже готовой. Дальнейшее развитие человека в обществе создает такое переплетение отношений, которое формирует его как личность, т.е. как реального человека, не только не похожего на других, но и не так, как они действующего, мыслящего, страдающего, включенного в социальные связи в качестве члена общества, соучастника исторического процесса.

Личность в психологии обозначается как системное — социальное качество, приобретаемое индивидом в предметной деятельности и общении и характеризующее меру представленности общественных отношений в индивиде.

Понятие личность нуждается в особой характеристике, которая могла бы описать это социальное качество, носителем которого является индивид. Индивид обладает вполне чувственными, т.е. доступными восприятию с помощью органов чувств свойствами: телесностью, индивидуальными особенностями поведения, речи, мимики и т.д.

Воплощать в себе систему социальных отношений означает быть их субъектом. Ребенок, включенный во взаимоотношения со взрослыми, выступает первоначально как объект их активности, но, овладевая составом той деятельности, которую они ему предлагают как ведущую для его развития, например, обучаясь, становится, в свою очередь, субъектом этих взаимоотношений.

Общественные отношения не суть нечто внешнее для их субъекта, они выступают как часть, сторона, аспект личности, являющейся социальным качеством индивида.

Если родовую сущность человека, в отличие от всех других живых существ, составляет совокупность всех общественных отношений, то сущность каждого конкретного человека как личности составляет совокупность конкретных социальных связей и отношений, в которые он оказывается включен как субъект.

Единство, но не тождественность понятий «индивид» и «личность» предполагает необходимость ответить на возможный вопрос: может ли быть указан факт существования индивида, который не являлся бы личностью, или же личности, которая бы существовала вне и без индивида как ее конкретного носителя. Если представить себе индивида, выросшего вне человеческого общества, то, впервые столкнувшись с людьми, он не обнаружит, помимо индивидуальных особенностей, присущих и биологической особи, никаких личностных качеств, происхождение которых, как было сказано, имеет всегда общественно-исторический характер. Перед нами будет индивид, который еще не состоялся как личность, он располагает только природными предпосылками для ее появления в том случае, если окружающим людям удастся вовлечь его в совместную деятельность и общение. Опыт изучения детей, воспитанных животными, свидетельствует об исключительной сложности осуществления этой задачи.

Допустимо признание возможности появления личности, за которой не стоит реальный индивид. Однако это будет *квазиличность.* Например, Козьма Прутков.

Личность как субъект межиндивидуальных отношений. Личность может быть понята только в системе устойчивых межличностных связей, которые опосредствуются содержанием, ценностями, смыслом совместной деятельности для каждого из участников. Эти межличностные связи проявляются в конкретных индивидуальных свойствах и поступках людей, образуя особое качество самой групповой деятельности.

Межличностные связи, формирующие личность, внешне выступают в форме общения, или субъект-субъектного отношения, существующего наряду с субъект-объектным отношением, характерным для предметной деятельности. Однако при более глубоком рассмотрении выясняется, что

непосредственные субъект-субъектные связи существуют не столько сами по себе, сколько в опосредствовании какими-либо объектами (материальными или идеальными). Это значит, что отношение индивида к другому опосредствуется объектом деятельности (субъект — объект — субъект).

В свою очередь, то, что внешне выглядит как прямой акт предметной деятельности индивида, на самом деле является актом опосредствованным. Опосредствующим звеном для личности является уже не объект деятельности, не ее предметный смысл, а личность другого человека как соучастника деятельности, выступающая как бы преломляющим устройством, через которое он может лучше воспринять, понять, почувствовать объект деятельности.

Все сказанное позволяет понять личность в качестве субъекта относительно устойчивой системы межиндивидных отношений, складывающихся в деятельности и общении.

Личность и индивидуальность. Личность каждого человека наделена только ей присущим сочетанием психологических черт и особенностей, образующих ее индивидуальность, составляющих своеобразие человека, его отличие от других людей.

Как было сказано выше, индивидуальность проявляется в чертах темперамента, характера, привычках, преобладающих интересах, а также в качествах познавательных процессов. Кроме того, она проявляется в способностях, индивидуальном стиле деятельности. Нет двух людей с одинаковым сочетанием указанных психологических особенностей — личность человека неповторима в своей индивидуальности.

Личность и индивидуальность образуют единство, но не тождество. Способность очень быстро — в уме складывать и умножать большие числа, задумчивость, привычка грызть ногти и другие особенности человека — все это выступает, как черты его индивидуальности, но не входят с необходимостью в характеристику его личности. Потому, что они могут быть и не представлены в формах деятельности и общения, существенно важных для группы, в которую включен индивид, обладающий этими чертами.

Если черты индивидуальности не представлены в системе межличностных отношений, то они оказываются не-

существенными для характеристики личности индивида и не получают условий для развития. Как собственно личностные выступают только те индивидуальные качества, которые в наибольшей степени «втянуты» в ведущую для данной социальной общности деятельность. Так, например, ловкость и решительность, будучи чертами индивидуальности подростка, не выступали до поры до времени чертами его личности, пока он не был включен в спортивную команду или пока в туристском походе он не взял на себя определенные обязательства. Индивидуальные особенности человека до известного времени остаются как бы в тени, пока они не станут необходимыми в системе межличностных отношений, субъектом которых выступит данный человек как личность.

Индивидуальность есть только одна из сторон личности человека.

При общей оценке личности — значение имеет *характер.* Это сочетание наиболее устойчивых особенностей, существенных свойств личности, проявляющихся в поведении человека и определенном отношении человека к окружающей действительности, к самому себе.

В медицинской практике большое значение имеет реакция личности на свою болезнь. Каждое заболевание, в особенности тяжелое и длительно текущее, может вызывать реакцию на грани невротических проявлений. Последние могут быть более выраженными, чем сама болезнь, при этом заостряются характерологические особенности, деформируются личностные свойства.

Известно, что люди с определенными свойствами личности нередко подвержены сердечно-сосудистым заболеваниям и, в частности, ишемической болезни и т.д.

2. ТЕМПЕРАМЕНТ

Понятие о темпераменте.

Рассматривая психические процессы, психологи указывают на индивидуальные различия в их протекании. Но необходимо помнить, что носителем психических процессов является конкретная личность. Ощущает, думает, чувствует человек, обладающий определенной индивидуальностью. Только эта конкретная личность и создает единство человеческой психики.

Поэтому перед психологией возникает задача изучения тех индивидуально-психологических особенностей личности, которые, включая в себя различия в протекании отдельных психических процессов, являются вместе с тем новыми качественными образованиями, придающими своеобразие психическому облику человека.

Темперамент — одно из проявлений индивидуально-психологических особенностей личности. ***Под темпераментом понимают ииндивидуально-своеобразные свойства психики, определяющие динамику психической деятельности человека, которые одинаково проявляются в разнообразной деятельности независимо от ее содержания, целей, мотивов, остаются постоянными в зрелом возрасте и в своей взаимной связи характеризуют тип темперамента.***

Темперамент человека проявляется в разных сферах психической деятельности. Особенно ярко он выступает в эмоциональной сфере, в быстроте **и** силе эмоциональной возбудимости. Встречаются люди эмоционально отзывчивые, впечатлительные. Далее незначительные события находят у них эмоциональный отклик. Они горячо отзываются на события общественной жизни, работают с увлечением и страстью. С другой стороны, существуют люди с пониженной возбудимостью, маловпечатлительные. Только особенно важные события общественной и личной жизни вызывают у них радость, гнев, страх **и** т.п. К повседневным же событиям они относятся без волнения; работают энергично, спокойно.

Другие люди быстро устанавливают свое внимание, быстро думают, говорят, запоминают. И наоборот, есть люди, характерной особенностью которых является медленное, спокойное хчротекакие психических процессов. Они медленно думают, медленно говорят. Речь у них монотонная, маловыразительная. Медлительность обнаруживается у них и в других психических процессах, а также во внимании. Темпераментные различия проявляются и в особенностях *моторики:* в движениях тела, в жестах, в мимике. У одних людей движения быстрые, энергичные, жесты обильные, резкие, мимика выразительная. У других движения медленные, плавные, жесты скупые, мимика маловыразительная. Первым характерна живость, под-

вижность, вторым — двигательная сдержанность. Темперамент сказывается в особенностях настроений и характере их смены. Одни люди чаще всего бывают жизнерадостными, веселыми; настроения у них сменяются часто и легко, другие же склонны к лирическим настроениям; настроения у них устойчивы, смена их плавная. Есть люди, у которых настроения сменяются резко, неожиданно.

От темперамента зависит характер протекания психической деятельности. 1. Скорость возникновения психических процессов и их устойчивость, например, быстрота ума, скорость восприятия, длительность сосредоточения внимания. 2. Психический темп и ритм. 3. Интенсивность психических процессов — активность воли, сила эмоций и т.д. 4. Направленность психической деятельности. То есть направленность на определенные объекты, например, стремление к новым впечатлениям или обращенность к самому себе, к своим идеям и т.д.

Определение темперамента: ***темпераментом называется индивидуально-психологическая особенность личности, которая проявляется в степени эмоциональной возбудимости, в скорости и энергии протекания психических процессов, в скорости и выразительности движений, мимики и жестов и в особенностях смены настроений. Темперамент — это своеобразие динамики психической деятельности человека.***

Можно дать и такое определение темперамента: ***Характеристика индивида со стороны его динамических особенностей, то есть скорости, темпа и ритма психических процессов и психических состояний.***

Развитие учений **о** темпераменте.

Основоположником учения о темпераменте считают древнегреческого врача Гиппократа, жившего в V в. до н.э. Гиппократ утверждал, что в теле человека имеются четыре жидкости: желчь желтая и желчь черная, кровь и слизь. Эти жидкости смешаны между собой в определенной пропорции. Пропорцию или отношение четырех жидкостей в смешении Гиппократ назвал древнегреческим словом «красис». Это слово впоследствии было переведено на латинский язык словом temperamentum. Общеупотребительное слово «темперамент» произошло от указанного латинского термина. Гиппократ считал, что в смешении четырех

жидкостей одна из них может преобладать. От преобладания в смешении определенной жидкости возникает тип темперамента. По Гиппократу, существует четыре основных типа темперамента — холерический, меланхолический, флегматический и сангвинический.

Холерический темперамент возникает при таком смешении четырех жидкостей, в котором преобладает желтая желчь. Установленное Гиппократом название этого темперамента — холерический происходит от древнегреческого слова hole. В переводе на русский язык означает — «желчь». Слово «холерический» по-русски означает «желчный». Смешение четырех жидкостей с преобладанием черной желчи было названо Гиппократом меланхолическим темпераментом. Название этого темперамента происходит от двух древнегреческих слов: me lan — черный и hole — желчь. Отсюда слово «меланхолический» в переводе на русский язык означает «черножелчный». Смешение четырех жидкостей с избытком слизи Гиппократ называл флегматическим темпераментом. От греческого слова phlegma — слизь. Наконец, четвертый тип темперамента возникает при преобладании в смешении четырех жидкостей крови. Гиппократ не дал этому темпераменту специального названия. Позднее он был назван сангвиническим. От латинского слова sanguis — кровь. Отсюда «сангвинический» можно перевести на русский язык словом «кровяной».

Гиппократ к проблеме темпераментов подходил с медицинской точки зрения. Он считал, что тот или иной темперамент создает предрасположение к определенного рода заболеваниям. Учение Гиппократа по своему содержанию соответствовало уровню развития наук его времени и давно устарело. Однако имя Гиппократа будет всегда жить в истории науки о темпераменте. Его заслуга в том, что он первый выдвинул идею темперамента, которая существует свыше двух с половиной тысяч лет.

Живучими оказались термины, введенные Гиппократом для обозначения отдельных видов темперамента: холерический, меланхолический, флегматический. Такие слова, как «темперамент», «сангвинический», хотя и не принадлежат самому Гиппократу, но появление их в науке связано с его учением о темпераменте.

Учение Гиппократа о темпераменте вызвало большой интерес к этой проблеме у древних ученых — философов, врачей. Уже в древности появилось много различных учений о темпераменте (Аристотеля, Галена и др.). Некоторые из них утверждали, что от темперамента зависят и психические качества человека.

Основоположником психологических учений о темпераменте является немецкий философ Кант. Ярко написанные им характеристики четырех темпераментов (сангвинического, меланхолического, холерического и флегматического) долгое время считались классическими и оказали большое влияние на развитие учений о темпераменте в эмпирической психологии. Учение Канта о темпераменте и многочисленные теории темперамента, созданные психологами-эмпириками, основаны на идеалистической философии и не могут считаться научными.

Кроме психологических теорий темперамента, было создано множество других — химических, физических, физиологических. Одни ученые искали основы темперамента в химическом составе тела и крови. Другие — в движении молекул тканей; третьи — в характере обмена веществ в организме, в скорости и силе движения крови в сосудах, в деятельности желез внутренней секреции и т.п.

Э. Кречмер в 1921 году предложил рассматривать зависимость психики от типа телосложения. Эта типология получила название *конституционных типологий*. Он выделил четыре конституционных типа: 1. Лептосоматик характеризуется хрупким телосложением, высоким ростом, плоской грудной клеткой. Плечи узкие, нижние конечности длинные и худые. 2. Пикник — человек с ярко выраженной жировой тканью, чрезмерно тучный и неповоротливый, характеризуется малым или средним ростом, расплывшимся туловищем с большим животом и круглой головой на короткой шее. 3. Атлетик — человек с развитой мускулатурой, крепким телосложением, широкими плечами, узкими бедрами. 4. Диспластик — человек с бесформенным, неправильным строением (непропорциональным телосложением и др.).

С названными типами строения тела Кречмер соотносит три выделенных им типа темперамента: *шизотимик* (замкнут, упрям, малоподвижен); *иксотимик* (спокойный,

маловпечатлительный, с невысокой гибкостью мышления); *циклотимии* (его эмоции колеблются между радостью и печалью, он легко контактирует с людьми и реалистичен во взглядах).

В 40-х годах 20-го столетия У. Шелдон также разработал свою контгсуциональную концепцию темперамента. Надо отметить, что в психологической науке большинство конституционных концепций стали объектом острой критики.

Известный психолог Х. Айзенк считает, что личность человека включает четыре уровня: I — уровень отдельных реакций; II — уровень привычных реакций; III — уровень отдельных черт личности; IV — уровень типичных черт: интро-экстраверсия, эмоциональная нестабильность (нейротизм), психопатические черты, интеллект.

Нейротизм — это эмоционально-психологическая неустойчивость, подверженность психотравмам. У лиц с повышенным нейротизмом из-за излишней впечатлительности и обидчивости даже по пустякам может возникать эмоциональный стресс. Они долго переживают конфликты, «не могут взять себя в руки», часто подавлены, огорчены, раздражительны, тревожны, круг их друзей обычно сужается. Эти черты довольно стойкие и могут быть сглажены в процессе упорного самовоспитания.

Экстраверсия в сочетании с повышенным нейротизмом обусловливает проявление темперамента холерика; «интроверсия плюс невротизм» определяет темперамент меланхолика; противоположность нейротизма — эмоциональная устойчивость, уравновешенность в сочетании с экстраверсией проявляется как сангвинистический тип.

Научное решение проблемы темпераментов стало возможным только благодаря учению И.П. Пазлова о *типах высшей нервной деятельности.* Темперамент — это те врожденные особенности человека, которые обусловливают динамические характеристики интенсивности и скорости реагирования, степени эмоциональной возбудимости и уравновешенности, особенности приспособления к окружающей среде.

Нет лучших или худших темпераментов — каждый из них имеет свои положительные стороны, поэтому главные усилия должны быть направлены не на переделку темперамента (что невозможно вследствие врожденности темпера-

мента), а на разумное использование его достоинств и нивелирование его отрицательных граней.

Человечество издавна пыталось выделить типичные особенности психического склада различных людей, свести их к малому числу обобщенных портретов — типов темперамента. Такого рода типологии были практически полезными, так как с их помощью можно было предсказать поведение людей определенного темперамента в конкретных жизненных ситуациях.

Темперамент, в переводе с латинского, — смесь, соразмерность.

Типы высшей нервной деятельности и их соотношение **с** темпераментами.

Экспериментируя над собаками, И.П. Павлов заметил, что каждое животное имеет свои индивидуальные особенности. Одна собака — живая, подвижная; у нее быстро вырабатываются условные рефлексы, как положительные, так и тормозные; относительно быстро происходит переделка стереотипа. Другая собака отличается своим спокойствием и медлительностью; у нее медленно вырабатываются положительные условные рефлексы и относительно легко — тормозные; переделка динамического стереотипа нелегко дается собаке этого типа. Из попытки выяснить причины этих различий и возникло учение И.П. Павлова о типах высшей нервной деятельности.

Тип высшей нервной деятельности, по Павлову, — *это своеобразный комплекс основных свойств нервных процессов возбуждения и торможения — силы, уравновешенности и подвижности.*

Под *силой нервных процессов И.П. Павлов понимал работоспособность нервных клеток, их способность выносить сильное напряжение, не впадая в тормозное состояние (запредельное торможение).* Сила нервных процессов зависит от запаса реактивного, или функционального, вещества в нервных клетках. И.П. Павлов говорил: «Клетка с малым запасом функционального вещества будет слабая клетка и соответственно слабый нервный тип, а с большим запасом функционального вещества — сильная».

Первое свойство — сила. *Сила процесса возбуждения и торможения, зависящая от работоспособности нервных клеток.* Сильная нервная система характеризуется

большой силой нервных процессов — возбуждения и торможения; последнее обусловлено большим запасом реактивного вещества в нервных клетках. Слабая нервная система связана с малым запасом функционального вещества в нервных клетках; для нее характерна слабость основных нервных процессов — возбуждения и торможения. Сильная нервная система способна вынести большое напряжение, слабая же такого напряжения вынести не может.

Вторым свойством, положенным И.П. Павловым в определение типа высшей нервной деятельности, является ***уравновешенность основных нервных процессов — возбуждения и торможения, степень соответствия сипы возбуждения по сияв торможения или их баланс.*** Равновесие вытекает из соотношения процессов возбуждения **и** торможения по их силе. Если оба нервных процесса примерно одной **и** той же силы, то они уравновешивают друг друга. Такая нервная система называется уравновешенной. Если же один из нервных процессов (обычно возбуждение) по силе преобладает над другим (торможением), то такая нервная система будет неуравновешенной.

Третьим свойством, определяющим тип высшей нервной деятельности, ***является подвижность основных нервных процессов — возбуждения и торможения, т.е. скорость смены возбуждения торможением и наоборот.*** Нервная система человека и животного постоянно подвергается воздействиям окружающей среды, для которой характерны непостоянство и изменчивость. Уравновешенность организма со средой достигается только при условии, если оба нервных процесса — возбуждение и торможение — по скорости протекания и быстроте смены поспевают за колебаниями среды. И.П, Павлов определяет подвижность нервных процессов как способность «быстро, по требованию внешних условий, уступать место, давать преимущество одному раздражению перед другим, раздражению перед торможением **и** обратно».

Возбуждение. Возбуждение — это свойство живых организмов, активный ответ возбудимой ткани на раздражение. Для нервной системы возбуждение — основная функция. Клетки, образующие нервную систему, обладают свойством проведения возбуждения из того участка, где оно возникло, в другие участки и на соседние клетки.

Благодаря этому нервные клетки приобрели способность передавать сигналы от одних структур организма к другим. Возбуждение стало носителем информации о свойствах поступавших извне раздражений и вместе с торможением — регулятором активности всех органов и систем организма. Процесс возбуждения возникает лишь при определенной интенсивности внешнего стимула, превышающего абсолютный порог возбуждения, свойственный данному органу.

В ходе эволюции наряду с усложнением нервной системы совершенствовались и способы передачи возбуждения, при которых этот процесс распространяется до конца пути без какого-либо ослабления, что и позволяет возбуждению осуществлять регулирующую функцию в целостном организме. Процесс возбуждения вместе с торможением образует основу высшей нервной деятельности. Их динамика накладывает печать на все акты поведения, вплоть до самых сложных, а их индивидуальные особенности определяют тип высшей нервной деятельности.

Торможение. Торможение — это активный, непрерывно связанный с возбуждением процесс, приводящий к задержке деятельности нервных процессов или рабочих органов. В первом случае торможение называется *центральным,* во втором — *периферическим.* Периферическое торможение было обнаружено в 1840 году братьями Вебер, получившими задержку сердечных сокращений при ритмическом раздражении блуждающего нерва. Центральное торможение открыто И.М. Сеченовым 1863 г. Это открытие оказало глубокое влияние на изучение не только нейродинамики, но и регуляции психических процессов.

В настоящее время выявлено два различных способа торможения клеточной активности: торможение может быть либо результатом активации особых тормозных структур, либо возникать как следствие предварительного возбуждения клетки.

Подвижность нервных процессов животного в лабораторных условиях определяется путем переделки положительного рефлекса в тормозной и обратно. Если в ряде опытов звуковой раздражитель подкреплять действием безусловного (пищей), а световой не подкреплять, то у животного выработается положительный условный реф-

леке на звук и тормозной — на свет. Если в последующих опытах поступать наоборот: световой раздражитель подкреплять действием безусловного (пищей), а звуковой — не подкреплять, то должна произойти переделка положительного условного рефлекса в тормозной и тормозного — в положительный. У животных с подвижной нервной системой такая переделка осуществляется относительно быстро и безболезненно; животным с малоподвижной нервной системой такая переделка дается с большим трудом. Скорость и легкость переделки положительных условных рефлексов в тормозные и тормозных в положительные является показателем подвижности нервных процессов. По признаку подвижности нервная система может быть подвижной или инертной.

Подвижная нервная система характеризуется быстрым протеканием нервных процессов, быстрой и легкой сменой процесса возбуждения процессом торможения и наоборот. Характерной особенностью инертной нервной системы является относительно медленное протекание основных нервных процессов — возбуждения и торможения и затрудненность их взаимной смены.

В зависимости от своеобразия сочетания указанных трех основных свойств нервных процессов — силы, равновесия и подвижности, возникают своеобразные типы нервной системы. На это указывал И.П. Павлов: «В результате возможных колебаний основных свойств нервной системы и возможных комбинаций этих колебаний должны произойти типы нервной системы и, как указывает арифметический расчет, по крайней мере, в количестве двадцати четырех, но, как свидетельствует действительность, в гораздо меньшем числе, и именно четырех типов, особенно резких, бросающихся в глаза...».

Подчеркивая возможность самых разнообразных комбинаций основных свойств нервных процессов силы, равновесия и подвижности, И.П. Павлов утверждал, что в жизни чаще всего встречается четыре варианта этих свойств. Они обусловливают четыре основных типа высшей нервной деятельности.

Физиологическая характеристика четырех типов высшей нервной деятельности может быть представлена в следующем виде: I тип — сильный, уравновешенный, иод-

вижный; II тип — сильный, неуравновешенный; III тип — сильный, уравновешенный, инертный; IV тип — слабый.

Учение о типах высшей нервной деятельности И.П. Павлов разработал в результате экспериментов над животными (собаками). Он всегда осторожно подходил к вопросу о возможности перенесения на человека данных, полученных путем экспериментов над животными. Однако учение о типах высшей нервной деятельности он считал возможным распространить на человека. И.П. Павлов считал, что тип высшей нервной деятельности проявляется в поведении и деятельности животного и человека. Тот отпечаток, который накладывает тип высшей нервной деятельности на поведение и деятельность человека, И.П. Павлов называл темпераментом. И.П. Павлов проводил параллель между четырьмя основными типами высшей нервной деятельности и темпераментами, существование которых было впервые подмечено Гиппократом.

Кроме этих основных темпераментов, существует множество других — индивидуальных, или смешанных. Наиболее изучены в психологии — четыре основных темперамента; индивидуальные, или смешанные темпераменты исследованы недостаточно.

Свойства темперамента.

1. ***Сензитивностъ*** определяется тем, какова наименьшая сила внешних воздействий, необходимая для возникновения какой-либо психической реакции человека, и какова скорость возникновения этой реакции.

2. ***Реактивность*** характеризуется степенью непроизвольности реакций на внешние или внутренние воздействия одинаковой силы (критическое замечание, обидное слово, резкий тон, даже звук).

3. ***Активность*** свидетельствует о том, насколько интенсивно (энергично) человек воздействует на внешний мир и преодолевает препятствия в достижении целей (настойчивость, целенаправленность, сосредоточение внимания).

4. ***Соотношение реактивности и активности*** определяет, от чего в большей степени зависит деятельность человека: от случайных внешних или внутренних обстоятельств (настроение, случайные события) или от целей, намерений, убеждений. Пластичность и ригидность свидетельствуют, насколько легко и гибко приспосабливается человек к вне-

шним воздействиям (пластичность) или насколько инертно и косно его поведение. Темп реакции, характерная скорость протекания различных психических реакций и процессов, темп речи, динамика жестов, быстрота ума.

5. ***Темп реакций.*** Об этом свойстве мы судим по скорости протекания различных психических реакций и процессов, то есть скорости движений, темпу речи, скорости запоминания, быстроте ума, находчивости.

6. ***Пластичность — ригидность.*** Легкость и гибкость приспособления человека к внешним воздействиям — пластичность. Ригидность — инертность, косность поведения, привычек, суждений.

*7. **Экстраверсия, интроверсия*** определяет, от чего преимущественно зависят реакции и деятельность человека — от внешних впечатлений, возникающих в данный момент (экстраверт), или от образов, представлений и мыслей, связанных с прошлым и будущим (интроверт).

8. ***Эмоциональная возбудимость.*** Насколько слабое воздействие необходимо для возникновения эмоциональной реакции и с какой скоростью она возникает.

Психологическая характеристика типов темперамента.

Психологические характеристики основных типов темперамента вытекают из его психологической сущности и тесно связаны с его определением. Они раскрывают особенности эмоциональной возбудимости, скорости и энергии протекания психических процессов, особенности моторики, характер преобладающих настроений и особенности их смены. Характеристики раскрывают своеобразие динамики психической деятельности личности, обусловленное соответствующим типом высшей нервной деятельности.

Учитызая сказанное, психологические характеристики основных типов темпераментов можно представить в следующем виде:

1. Сангвинический темперамент, в основе которого лежит сильный, уравновешенный, подвижный тип высшей нервной деятельности, характеризуется легкой эмоциональной возбудимостью, быстрым протеканием психических процессов, быстрыми, многочисленными, разнообразными движениями, обилием легких, изящных жестов, богатой мимикой, преобладанием веселого, жизнерадостного настроения, быстрой, безболезненной сменой настроений.

2. Холерический темперамент, в основе которого лежит сильный, неуравновешенный (с преобладанием по силе процесса возбуждения), подвижный тип высшей нервной деятельности, со стороны психологической характеризуется повышенной эмоциональной возбудимостью, стремительным, энергичным протеканием психических процессов, быстрыми, энергичными движениями, резкими жестами, выразительной мимикой, устойчивым бодрым настроением и резким переходом от одного настроения к другому.

3. Флегматический темперамент, в основе которого лежит сильный, уравновешенный, инертный тип высшей нервной деятельности. Характеризуется следующими особенностями: пониженной эмоциональной возбудимостью; медленным, спокойным протеканием психических процессов; медленными, немногочисленными движениями, редкими, невыразительными жестами, маловыразительной мимикой; ровными, устойчивыми настроениями и медленной и плавной их сменой.

4. Меланхолический темперамент, в основе которого лежит слабый тип нервной системы, характеризуется высокой эмоциональной возбудимостью (впечатлительностью), астеничностью чувств, медленным протеканием психических процессов, относительно быстрой утомляемостью, медленными движениями, слабой мимикой, немногочисленными, малоэнергичными со слабой выраженностью жестами, склонностью к грустным лирическим настроениям, медленной сменой настроений.

Исследования Б.М. Теплова и В.Д. Небылицина показали, что структура основных свойств нервной системы много сложнее, а число комбинаций гораздо больше, чем представлялось ранее. Однако указанные четыре типа темперамента, как наиболее обобщенные могут быть использованы для изучения индивидуальности. По В.Д. Небылицину, выделяют так называемый тормозный тип, характеризующийся силой, подвижностью, неуравновешенностью, с преобладанием по силе процесса торможения.

3. ХАРАКТЕР

Общее понятие **о** характере.

Особенности темперамента не раскрывают общественного облика человека. Зная их, мы ничего не можем ска-

зать о жизненных целях человека, силе его патриотизма, о честности, трудолюбии, настойчивости и других качествах его личности. Люди с одинаковыми темпераментами могут по-разному относиться к своим обязанностям, поразному вести себя.

Поведение человека как члена общества рассматривают, прежде всего, со стороны нравственной и волевой. При этом имеют в виду не случайные поступки человека, а устойчивые черты его личности, психологические свойства.

Патриотизм, трудолюбие, честность, правдивость, скромность — это нравственные свойства личности. Решительность, инициативность, упорство, самообладание, самостоятельность, мужество — это волевые свойства личности. Нравственная и волевая сторона поведения наиболее отчетливо выражены в сложном свойстве личности, называемом «характером».

Слово «характер» древнегреческого происхождения и в переводе на русский язык означает «черта, примета, признак, особенность».

Характер — индивидуальное сочетание устойчивых психических особенностей человека, обуславливающих типичный для данного субъекта способ поведения в определенных жизненных условиях и обстоятельствах.

Характер в динамическом смысле аналитической психологии — это специфическая форма, которую придает энергии человека динамическая адаптация его потребностей к определенному способу существования данного общества. Характер, в свою очередь, определяет мышление, эмоции и действия индивидов. Увидеть это довольно трудно, ибо мы обычно убеждены, что мышление является исключительно интеллектуальным актом и не зависит от психологической структуры личности. Это, однако, не так, и тем меньше соответствует действительности, чем больше наше мышление сталкивается с этическими, философскими, политическими, психологическими или социальными проблемами, а не просто с эмпирическими манипуляциями конкретными объектами. Такое мышление, помимо чисто логических элементов, вовлеченных в акт мышления, в значительной мере детерминировано личностной структурой того человека, который мыслит. Это относится в равной мере как ко всякой доктрине и теоретической систе-

ме, так и к отдельным понятиям: любовь, справедливость, равенство, самопожертвование и т.д.

Каждый человек имеет свой особый, присущий только ему характер, в котором одни черты выражены ярче, другие — слабее. Своеобразное сочетание черт характера и создает его индивидуальность. Поэтому в жизни нет людей, характеры которых были бы сходными.

Характер формируется на протяжении всей жизни человека в соответствии с условиями жизни, практики и общественного опыта человека. В свою очередь, характер оказывает влияние на формирование личности. На формирование характера и личности в целом огромное влияние оказывает воспитание и самовоспитание. По существу формирование личности продолжается всю жизнь, под влиянием окружающей микросреды (семья) и макросреды (коллектив). При этом, помимо положительного примера семьи и окружающих, большая роль принадлежит самовоспитанию, и если человек осознает недостатки своего характера или своих личностных свойств, то никогда не поздно их исправить.

Нередко бывает так, что ребенок рос и воспитывался в неблагоприятной среде, в условиях частых конфликтов между родителями и другими членами семьи, часто был не только свидетелем, но и участником этих ссор, что, несомненно, влияло на формирование его характера и личностных свойств. Особенно неблагоприятное влияние на формирование характера и других личностных свойств оказывает алкоголизм одного или нескольких членов семьи. Помимо частых конфликтов, проявления отрицательных свойств человеческой натуры, в семье создается тяжелая невротизирующая (психогенная) ситуация, неблагоприятно отражающаяся на процессе формирования характера и личности подростка. Привлечение к активной деятельности, общение с людьми высокой психологической направленности и убежденности, их положительный образ действий и мыслей заставляют подростка по-новому посмотреть на неприглядную жизнь своих родителей, воспротивиться ей. У подростка формируется новое жизненное восприятие, он делает первые попытки самовоспитания. Возникшие потребности в иной жизни, не похожей на неприглядную жизнь родителей, рождают новые интересы.

В старших классах или на старших курсах учебных заведений складывается мировоззрение. Если это происходит стихийно, то возможно неправильное формирование личности. Потребности могут оказаться извращенными (потребность во лжи и т.п.), а интересы — ограниченными (интерес к личному обогащению и благополучию, поискам «легкой» жизни и т.д.). Здесь важное значение принадлежит коллективу, где учится или работает человек.

В дальнейшем очень многое зависит от способностей, свойств характера и волевых качеств. Следует подчеркнуть, что все эти качества можно развивать в процессе воспитания и роста, при упорном и целенаправленном самовоспитании. Естественно, природные задатки у разных людей различные и каждый достигает успехов именно в той деятельности, к которой наиболее способен. Поэтому важно, чтобы человек выбирал профессию в соответствии со своими возможностями.

Характер — это индивидуальный тип психических реакций на действие непосредственных раздражений и впечатлений действительности.

Характер человека формируется под влиянием совокупности общественных отношений, в которые включен человек и которые определяют образ его жизни. Ведущая роль в формировании характера человека принадлежит воспитанию.

Индивидуальное и типичное в характере.

Можно выделить 4 основные черты характера.

1. Отношение личности к другим людям и обществу в целом: коллективизм или индивидуализм, эгоизм, гуманность, чуткость и человеконенавистничество, жестокость и черствость, правдивость и лживость и пр.

2. Отношение к труду: трудолюбие и др.

3. Отношение к самому себе: требовательность и самоуспокоенность, самокритичность и преувеличенное самомнение, скромность и высокомерие, застенчивость и циничность.

4. Проявление волевых качеств: целеустремленность, колебания, отход от поставленной цели, самостоятельность или действия вопреки убеждению, решительность и неуверенность, настойчивость и несостоятельность, выдержка

и самообладание, дисциплинированность и смелость, мужество, трусость и малодушие.

Характер человека представляет собой слияние огромного количества черт, как индивидуальных, так и типичных.

Черта характера — это наиболее устойчивая особенность личности, знание которой позволяет предугадать поведение человека в том или ином конкретном случае.

Если человека характеризуют как выдержанного, решительного и находчивого, то можно заранее знать, как он будет поступать в самых сложных и ответственных обстоятельствах жизни. Наиболее трудный участок работы в коллективе обычно поручают тому человеку, который обладает такими чертами, как настойчивость, ответственность и инициативность. Следовательно, каждая черта характера выступает своего рода показателем поведения человека в тех или иных обстоятельствах.

Любая черта характера — смелость, решительность, скромность, трудолюбие и т.д. — формируется в процессе деятельности, протекающей в определенных условиях.

Одна и та же черта характера у различных людей проявляется по-разному. Например, смелость у одного бывает разумная, у другого безрассудная; искренность может быть наивной, чистосердечной, напускной. Неповторимое своеобразие проявления одной и той же черты у людей объясняется тем, что в основе их лежат различные мотивы, побуждения, интересы и отношения. Это и придает чертам индивидуальность.

Наряду с *индивидуальными* чертами, отражающими главным образом личную историю жизни человека, имеются черты, общие для характеров многих людей. Их называют *типичными*. Типичные черты отражают общие условия жизни и деятельности, воспитания и обучения, а также возраста, суждениям, смелость и настойчивость. Таким образом, в каждом характере представлено и индивидуальное, свойственное вот этому человеку, и типичное, свойственное данной группе людей или классу, возрасту, народу.

Индивидуальное и типичное неразрывны в, характере: типичное проявляется у каждого человека индивидуально. Исходя из того, что в характерах людей имеется общее, типичное, в психологии уже давно делается попытка

классифицировать характеры на группы. В науке известны многие классификации, в том числе русских психологов Лазурского и Лесгафта, а также советских ученых Н.Д. Левитова и А.Г, Ковалева. Однако ни одна из них не получила в науке общего признания, так как не найден основной критерий, по которому можно было бы классифицировать характеры людей на группы.

Своеобразное сочетание черт образует структуру характера. Это не механическое сочетание свойств личности, это сплав их, образующих единство — целостный характер человека.

И.П. Павлов писал: «Если вы представите отдельные черты совершенно врозь, то, конечно, вы характера человека не определите, а нужно взять систему черт и в этой системе разработать, какие черты выдвигаются на первый план, какие еле-еле проявляются, затираются и т.д.».

В структуру характера входят направленность личности, волевые и нравственные качества.

Необходимо отметить, что определенное влияние на формирование отдельных патологических черт характера могут оказывать как наследственно-биологические факторы, так и особенности внешних условий.

Акцентуации характера.

В психологической и клинической практике существует понятие «акцентуированные личности», которые по сути являются не патологическими, а нормальными, но все же имеют определенные личностные «заострения». Последние даже скорее зависят не от пркродно-биологических свойств, а от факторов внешней среды, которые накладывают определенный отпечаток на образ их жизни. Можно сказать, что заложенная в человеке природная тенденция взаимодействует с факторами внешней среды — (семья, школа, профессия и др.).

Акцентуированные черты могут быть как однозначны, так и многозначны (комбинированные). Лица, обладающие этими чертами, могут быть социально адаптированы. Черты акцентуации отмечаются в различных психических сферах: в интеллектуальной деятельности, в направленности интересов и способностей, чувств и волевых проявлений.

Акцентуация — это индивидуальные черты характера, обладающие тенденцией к переходу в патологическое состояние. Акцентуации характера — это преувеличенное развитие отдельных свойств характера в ущерб другим.

В результате такого развития ухудшается взаимодействие с окружающими людьми. Выраженность акцентуации может быть различной, от легкой, заметной лишь ближнему окружению, до крайних вариантов, когда приходится задумываться, нет ли болезни — ***психопатии.*** В отличие от психопатии акцентуации характера проявляются непостоянно, а с годами могут и сгладиться.

Леонгард выделяет 12 типов акцентуации, каждый из которых предопределяет избирательную устойчивость человека к одним жизненным невзгодам, при повышенной чувствительности к другим, и частым однотипным конфликтам, к определенным «нервным срывам». В благоприятных условиях, когда не попадают под удар именно слабые звенья личности, человек может стать незаурядным, например, акцентуация по так называемому экзальтированному типу может способствовать расцвету таланта артиста, художника.

Определить тип акцентуации характера можно с помощью специальных психологических тестов, например с помощью теста Леонгарда-Шмишека.

Типы акцентуаций характера.

Гипертимический (гиперактивный). Чрезмерно приподнятое настроение, всегда весел, разговорчив, очень энергичен, самостоятелен, стремится к лидерству, риску, авантюрам, не реагирует на замечания, игнорирует наказания, теряет грань недозволенного, отсутствует самокритичность. Необходимо сдержанно относиться к его необоснованному оптимизму и переоценке своих возможностей. Энергия подчас направляется на употребление спиртного, наркотиков, беспорядочную половую жизнь.

Дистимичный. Постоянно пониженное настроение, грусть, замкнутость, немногословность, пессимистичность, тяготится шумным обществом, с сослуживцами близко не сходится. В конфликты вступает редко, чаще является в них пассивной стороной. Ценит тех, кто дружит с ним и склонен им подчиняться.

Циклоидный. Общительность циклически меняется (высокая в период повышенного настроения и низкая в период подавленности).

Эмотивный (эмоциональный). Чрезмерная чувствительность, ранимость, глубоко переживает малейшие неприятности, излишне чувствителен к замечаниям, неудачам, поэтому у них чаще печальное настроение. Предпочитают узкий круг друзей и близких, которых понимают с полуслова. Редко вступают **в** конфликты, играют в них пассивную роль, обиды не выплескивают наружу.

Демонстративный. Выражено стремление быть **в** центре внимания и добиваться своих целей любой ценой: слезы, обмороки, скандалы, болезни, хвастовство, наряды, необычные увлечения, ложь. Легко забывает о своих неблаговидных поступках. Поведение зависит от человека, с которым имеет дело, высокая приспособляемость к людям.

Возбудимый. Повышенная раздражительность, несдержанность, агрессивность, угрюмость, «занудливость», но возможны льстивость, услужливость (как маскировка). Склонность к хамству и нецензурной брани или молчаливости, замедленности **в** беседе. Активно и часто конфликтуют, не избегают ссор с начальством, неуживчивы в коллективе, **в** семье деспотичны и жестоки.

Застревающий «застревает на своих чувствах», мыслях, не может забыть обид, «сводит счеты», служебная и бытовая несговорчивость, склонность к затяжным склокам, **в** конфликтах чаще бывает активной стороной, четко определены круг врагов и друзей. Проявляет властолюбие — «занудливость нравоучителя».

Педантичный. Выраженная занудливость в виде «переживания» подробностей, на службе способны замучить посетителей формальными требованиями, изнуряют домашних чрезмерной аккуратностью.

Тревожный (психастенический). Пониженный фон настроения, опасения за себя, близких, робость, неуверенность **в** себе, крайняя нерешительность, долго переживает неудачу, сомневается в своих действиях, редко вступает в конфликты, пассивная роль.

Экзальтированный (лабильный). Очень изменчивое настроение, эмоции ярко выражены, повышенная отвлекаемость на внешние события, словоохотливость, влюбчивость.

Интравертированный (шизоидный, аутистический). Малая общительность, замкнутость, в стороне ото всех, общение по необходимости, погружен в себя, о себе ничего не рассказывает, свои переживания не раскрывает, хотя свойственна повышенная ранимость. Сдержанно, холодно относится к другим людям, даже к близким. Поведение, логика часто непонятна для окружающих. Любят одиночество. В конфликты вступают редко — при попытке вторгнуться в их внутренний мир. Переборчивость в выборе супруга, поиск идеала. Эмоциональная холодность и слабая привязанность к близким.

Экстравертированный (конформный). Высокая общительность, словоохотливость до болтливости, своего мнения не имеет, несамостоятелен, стремится быть как все, неорганизован, предпочитает подчиняться. Приказы начальства принимает без раздумий. В общении с друзьями и в семье уступает лидерство другому.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Дайте определение личности.
2. Какие имеются различия в понятиях «личность» и «индивид»?
3. Расскажите о структуре личности.
4. Что такое направленность личности?
5. Сформулируйте понятие темперамента.
6. Расскажите о свойствах темперамента.
7. Что является физиологической основой темперамента?
8. Расскажите о психологической характеристике темперамента.
9. Дайте определение характера.
10. Что такое акцентуация характера?
11. Расскажите о типах акцентуации характера.

ГЛАВА 10. ПСИХОЛОГИЯ ОБЩЕНИЯ

1. ПОНЯТИЕ ОБЩЕНИЯ. СТРУКТУРА ОБЩЕНИЯ

Никакая человеческая общность не может осуществлять полноценную совместную деятельность, если не будет установлен контакт между людьми, в нее включенными, и не будет достигнуто между ними должное взаимопонимание.

Общение — это сложный многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми, порождаемый потребностями совместной деятельности и включающий в себя: обмен информацией, выработку единой стратегии взаимодействия, восприятие и понимание другого человека.

Виды общения: невербальное (бессловесное) общение — общение с использованием мимики, жестов, осанки и позы вместо слов; вербальное (словесное, речевое) общение.

Выделяют три уровня общения.

Внутриличностное — мысленное общение человека с самим собой, когда он вырабатывает какие-то планы, развивает идеи, подготавливается к общению с кем-либо и т.д.

Межличностное — общение между двумя и более людьми.

Общественное — общение человека с большой аудиторией.

Стороны общения:

Первая — коммуникативная. Общение включает в себя обмен информацией между участниками совместной деятельности, который может быть охарактеризован в качестве коммуникативной стороны общения. Общаясь, люди обращаются к языку как одному из важнейших средств общения.

Вторая сторона общения (интерактивная) — взаимодействие общающихся. Организация взаимодействия между людьми. Обмен в процессе речи не только словами, но и действиями, поступками. Например, производя расчет у кассы, покупатель и продавец общаются даже в том случае, если ни один из них не произносит ни слова: покупатель вручает кассиру товарный чек на отобранную покупку и деньги, продавец выбиваег чек и отсчитывает сдачу.

Третья сторона общения (перцептивная) — восприятие общающимися друг друга. Очень важно, например, воспринимает ли один из партнеров по общению другого как заслуживающего доверия, умного, понятливого, подготовленного или же заранее предполагает, что тот ничего не поймет и ни в чем сообщенном ему не разберется.

В едином процессе общения можно условно выделить три стороны: коммуникативную (передача информации), интерактивную (взаимодействие) и перцептивную (взаимовосприятие).

Рассматриваемое в единстве этих трех сторон общение выступает как способ организации совместной деятельности и взаимоотношений включенных в нее людей. Знание закономерностей общения и развитие навыков и способностей общения особенно важны для медицинского работника. Существует единство совместной деятельности и *общения,* В совместной деятельности человек должен, по необходимости, объединяться с другими людьми, общаться с ними. Устанавливать контакт, добиваться взаимопонимания, получать должную информацию, сообщать ответную и т.д. В данном случае, общение выступает как сторона, часть деятельности, как важнейший ее информативный аспект, как коммуникация (общение первого рода). Создав предмет (сконструировав прибор, высказав мысль, произведя вычисления, починив машину и т.д.) в процессе деятельности, уже включившей общение как коммуникацию, человек этим не ограничивается, через созданный предмет «транслирует» себя, свои особенности, свою индивидуальность другим людям. Данный предмет (построенное здание, точная поэтическая строка, посаженное дерево, выточенная деталь, написанная книга, сочиненная или исполненная песня) — это, с одной стороны, предмет деятельности, а с другой — средство, с помощью которого человек утверждает себя в общественной жизни.

В общении человек постоянно учится отделять существенное от несущественного, необходимое от случайного, переходить от образов единичных предметов к устойчивому отражению их общих свойств в значении слов. В нем закрепляются существенные признаки, которые присущи целому классу предметов и тем самым относятся и к конкретному предмету, о котором идет речь. Например. Говоря «газета», мы имеем в виду не только тот газетный лист, но тем самым указываем, к какому классу предметов относится данный предмет, принимая во внимание его отличия от другой печатной продукции и т.д.

Зоны комфорта. Общение в основном происходит в зонах комфорта. У каждого человека размер этой зоны свой, однако, у большинства людей размер «личной» зоны, общение в которой не вызывает дискомфорта — 0,46 — 1,2 метра. Интимная зона, размер — 15 — 46 сантиметров.

Необходимо внимательно относиться к зоне комфорта каждого и находить взаимоприемлемое расстояние. Существуют и такие зоны, как социальная — размер от 1,2 до 3,6 метра, и общественная зона — более 3,6 метров.

Вербальное общение. Человек, адресующий информацию другому человеку (коммуникатор), и тот, кто ее принимает (реципиент), для осуществления целей общения и совместной деятельности должны пользоваться одной и той же системой кодификации и декодификации значений, т.е. говорить «на одном языке», если коммуникатор и реципиент используют различные системы кодификации, то они не могут добиться взаимопонимания и успеха совместной деятельности.

Библейская история о строительстве вавилонской башни, сорвавшемся вследствие неожиданного «смешения языков» строителей, отражает факт невозможности взаимодействия при блокировании процессов кодификации и декодификации, так как говорящие на разных языках люди не могут договориться друг с другом, что делает совместную деятельность неосуществимой. Обмен информацией становится возможен, если значения, закрепленные за используемыми знаками (словами, жестами, иероглифами и т.д.), известны участвующим в общении лицам.

Значение — это содержательная сторона знака как элемента, опосредствующего познание окружающей действительности. Подобно тому, как орудие опосредствует трудовую деятельность людей, знаки опосредствуют их познавательную деятельность и общение.

Для передачи друг другу значимой информации люди стали пользоваться членораздельными звуками, за которыми закреплялись определенные значения. Пользоваться членораздельными звуками для общения было удобно, особенно в тех случаях, когда руки были заняты предметами и орудиями труда, а глаза обращены на них. Передача мыслей посредством звуков была удобна и на значительном расстоянии между общающимися, так же как в темноте, в тумане, в зарослях. Благодаря общению с помощью языка отражение мира в мозгу отдельного человека постоянно пополняется тем, что отражается или было отражено в мозгу других людей, — происходит обмен мыслями, передача информации.

Речь — это вербальная коммуникация. Слова могут быть произнесены вслух, про себя, написаны или же заменены у глухих людей особыми жестами, выступающими носителями значений. Так называемая дактилология, где каждая буква обозначается движениями пальцев, и жестовая речь, где жест заменяет целое слово или группу.

Невербальное общение. Эмоциональное отношение, сопровождающее речевое высказывание, образует особый, невербальный аспект обмена информацией, особую, невербальную коммуникацию.

К средствам невербальной коммуникации принадлежат жесты, мимика, интонации, паузы, поза, смех, слезы и т.д., которые образуют знаковую систему, дополняющую и усиливающую, а иногда и заменяющую средства вербальной коммуникации — слова.

Например. Товарищу, поведавшему о постигшем его горе, собеседник выражает свое сочувствие словами, сопровождаемыми знаками невербальной коммуникации: опечаленным выражением лица, понижением голоса, прижиманием руки к щеке и покачиванием головы, глубокими вздохами и т.д.

Как правило, люди в меньшей степени способны контролировать канал невербального общения. Мимика не всегда сообщает то, что человек говорит. Иногда все тело участвует в передаче информации, например, походка человека. Она может демонстрировать благополучие, гнев или наоборот, сдержанность, страх. Можно получить много информации по выражению лица, мимики, жестам. Взгляд человека дополняет то, что не сказано словами, жестами, и часто именно взгляд придает подлинное значение произнесенной фразе, кроме того, выразительный взгляд способен передать смысл не только сказанного, но недосказанного или невысказанного. В некоторых случаях взглядом можно сказать больше, чем словами. В языке жестов большую роль играют руки, руки могут передавать и эмоциональное состояние. Например, беспокойство может проявляться в непрерывном движении рук, «заламывании пальцев» и т.д.

Средства невербальной коммуникации *являются* таким же продуктом общественного развития, как и язык слов, и могут

не совпадать в разных национальных культурах. Например, болгары несогласие с собеседником выражают кивком головы, который русский воспринимает как утверждение и согласие, а отрицательное покачивание головой, принятое у русских, болгары могут легко принять за знак согласия.

В разных возрастных группах для осуществления невербальной коммуникации выбираются различные средства. Так, дети часто используют плач как средство воздействия на взрослых и способ передачи им своих желаний и настроений. Существенно важное значение для усиления действия вербальной коммуникации имеет пространственное размещение общающихся. Реплика, брошенная через плечо, четко показывает отношение коммуникатора к реципиенту.

Вербальное и невербальное общение может существовать одновременно. Например, происходит общение в виде беседы, оно может сопровождаться улыбкой, жестами, плачем и т.д. При этом следует отметить, что восприятие сообщения во многом зависит от невербального общения.

На процесс общения во многом влияет предыдущий опыт человека и его память. Каждый участвующий в общении привносит в разговор свою позицию, убеждения, которые определяет и его социальное окружение и т.д.

2. ОБЩЕНИЕ КАК МЕЖЛИЧНОСТНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

Общение выступает как межличностное взаимодействие.

Вступая в общение, т.е. обращаясь к кому-либо с вопросом, просьбой, приказанием, объясняя или описывая что-то, люди с необходимостью ставят перед собой цель оказать воздействие на другого человека, добиться от него желаемого ответа, выполнения поручения, понимания того, что он до тех пор не понимал.

Цели общения отражают потребности совместной деятельности людей. Это не исключает случаев пустой болтовни, так называемого *фатического общения,* бессодержательного использования коммуникативных средств с единственной целью поддержания самого процесса общения. Если общение не является фатическим, оно обязательно имеет или, во всяком случае, предполагает некоторый результат — изменение поведения и деятельности других людей. Здесь *общение выступает как межличностное взаимодействие,* т.е. совокупность связей и взаимо-

влияний людей, складывающихся в процессе их совместной деятельности.

Межличностное взаимодействие представляет собой последовательность развернутых во времени реакций людей на действия друг друга.

Большая роль в межличностном взаимодействии принадлежит **социальным нормам.** Диапазон социальных норм чрезвычайно широк — от образцов поведения, отвечающего требованиям трудовой дисциплины, воинского долга и патриотизма, до правил вежливости. Обращение людей к социальным нормам делает их ответственными за их поведение, позволяет регулировать действия и поступки, оценивая их как соответствующие или не соответствующие этим нормам. Ориентировка на нормы позволяет человеку соотносить формы своего поведения с эталонами, отбирать нужные, социально одобряемые и отсеивать неприемлемые, направлять и регулировать свои отношения с другими людьми. Усвоенные нормы используются людьми в качестве критериев, с помощью которых ведется сравнение их собственного и чужого поведения.

Роли и ролевые связи осуществляются в соответствии **с** репертуаром ролей, «исполняемых» общающимися — общения людьми.

В психологии под ролью понимается нормативно одобряемый образец поведения, ожидаемый окружающими от каждого, кто занимает данную социальную позицию — по должности, возрастным или половым характеристикам, положению в семье и т.д. Субъект выступает в роли учителя или ученика, врача или больного, взрослого или ребенка, начальника или подчиненного, матери или бабушки, мужчины или женщины, гостя или хозяина и т.д. И каждая роль должна отвечать совершенно определенным требованиям и определенным ожиданиям окружающих.

Один и тот же человек, как правило, выполняет различные роли, входя в различные ситуации общения. Например. Являясь по своей служебной роли директором, он, заболев, выполняет все предписания врача, оказываясь в роли больного; вместе с тем в домашней обстановке он сохраняет роль послушного сына своей престарелой матери; принимая друзей, он гостеприимный хозяин и т.п. Множественность ролевых позиций нered-

ко порождает их столкновение — ролевые конфликты. Например, педагог не может не замечать недостатки в характере своего сына. Он убежден в необходимости усилить требовательность, но как отец он иногда проявляет слабость, потакая мальчику и способствуя закреплению этих отрицательных черт.

То, как роль исполняется, подвержено социальному контролю, обязательно получает общественную оценку, и сколько-нибудь значительное отклонение от образца осуждается. Например, родители должны быть добрыми, ласковыми, снисходительными к детским провинностям — это отвечает ролевым ожиданиям и социально одобряется, признается достойным всяческого поощрения. Но избыток родительской ласки, всепрощения подмечается окружающими и подвергается решительному осуждению. Существует определенный диапазон, в котором исполнение роли матери рассматривается как социально приемлемое. То же самое ***относится и к другим членам семьи,*** принадлежащим к старшему поколению. Что же касается ребенка, то ролевые ожидания, связаны с обязательным послушанием, уважением к старшим, отличной учебой, опрятностью, прилежанием и т.д.

Необходимым условием успешности процесса общения является соответствие поведения взаимодействующих людей ожиданиям друг друга.

Каждый человек, вступая в общение, в большей или меньшей степени точно приписывает общающимся с ним людям определенные ожидания в отношении его поведения, слов и поступков. Если возникает ситуация, в которой принципы **и** убеждения субъекта вступают в резкое противоречие с тем, что от него, как он понимает, ожидают окружающие, он, проявляя принципиальность, может **и** не заботиться **о** том, насколько тактично его поведение.

Межличностный конфликт.

Нельзя представить себе процессы общения всегда гладко протекающими и лишенными внутренних противоречий. ***В некоторых ситуациях обнаруживается антагонизм позиций, отражающий наличие взаимоисключающих ценностей, задач и целей, что иногда оборачивается взаимной враждебностью — возникает межличностный конфликт.***

Социальная значимость конфликта различна и зависит от *ценностей, которые лежат в основе межличностных* отношений.

Конфликтными становятся иногда взаимоотношения двух девушек, оказавшихся соперницами, претендующими на внимание юноши. Характер конфликта приобретает столкновение двух друзей, один из которых совершил бесчестный поступок. Общественная оценка причин и характера этих конфликтов будет различаться.

Причины конфликтов.

В процессе совместной деятельности в *качестве причин* конфликтов могут выступать два рода детерминант: предметно-деловые разногласия и расхождения личностно-прагматических интересов.

В том случае, если во взаимодействии людей, осуществляющих хорошо организованную, общественно ценную совместную деятельность, преобладают предметно-деловые противоречия, возникший конфликт, как правило, не ведет к разрыву межличностных отношений и не сопровождается нагнетанием эмоциональной напряженности и враждебности. В то *же* время противоречия в сфере личностно-прагматических интересов легко переходят в неприязнь и вражду. Отсутствие общего дела ставит людей, преследующих свои эгоистические цели, в ситуацию конкуренции, где выигрыш одного означает проигрыш другого. Это не может не обострять межличностные отношения. Бывают ситуации, когда расхождения в личностно-прагматических интересах прикрываются предметно-деловыми разногласиями или же когда длительные предметно-деловые разногласия постепенно приводят к личностной неприязни. При этом «задним числом» отыскиваются и фиксируются и расхождения в личностных интересах.

Причиной возникновения конфликтов являются также не преодоленные смысловые барьеры в общении, препятствующие налаживанию взаимодействия.

Смысловой барьер в общении — это несовпадение смыслов высказанного требования, просьбы, приказа для партнеров в общении, создающее препятствие для их взаимопонимания и взаимодействия.

Например, смысловой барьер во взаимоотношениях взрослых и ребенка возникает вследствие того, что ребенок, понимая правильность требования взрослых, не при-

нимает этих требований, потому что они чужды его опыту, взглядам и отношениям.

Преодоление смысловых барьеров оказывается возможным, если медицинский работник знает **и** принимает во внимание психологию больного, учитывает его интересы и убеждения, возрастные особенности, прошлый опыт, считается **с** его перспективами **и** трудностями.

Дружеское общение. Особую форму общения людей *являет* собой дружеское общение. Дружба как устойчивая индивидуально-избирательная система взаимоотношений и взаимодействия, характеризующаяся взаимной привязанностью общающихся, высокой степенью удовлетворенности общением друг **с** другом, взаимными ожиданиями ответных чувств и предпочтительности. Развитие дружбы предполагает следование **ее** неписаному кодексу, утверждающему необходимость взаимопонимания, откровенность и открытость, доверительность, взаимопомощь, взаимный интерес к делам другого, искренность и т.д. Нарушения кодекса дружбы ведут либо к ее прекращению, либо к сведению дружбы к поверхностным отношениям, либо даже к превращению **ее** во вражду.

Проблема поиска дружеского общения и друга становится особенно актуальной в подростковом возрасте. Подростки сталкиваются **с** реальными трудностями, возникающими при сопоставлении истинного характера их взаимоотношений со стандартом кодекса дружбы. Иногда разочарования при выявлении несоответствия складывающихся отношений **с** идеалом дружбы порождают ссоры.

Общение как понимание людьми друг друга.

За взаимодействием **и** коммуникативной стороной общения выступает его *перцептивный аспект — осуществляемое в общении взаимное восприятие его участников.*

Общение становится возможным только в том случае, если люди, вступающие во взаимодействие, могут оценить уровень взаимопонимания **и** дать себе отчет в том, что представляет собой партнер по общению. Участники общения стремятся реконструировать в сознании внутренний мир друг друга, понять чувства, мотивы поведения, отношение к значимым объектам.

Субъекту непосредственно дан лишь внешний облик других людей, их поведение и поступки, используемые ими

коммуникативные средства. Ему приходится проделать определенную работу для того, чтобы, опираясь на эти данные, понять, что представляют собой люди, с которыми он вступил в общение, сделать заключение об их способностях, мыслях, намерениях и т.д.

СЛ. Рубинштейн писал: «В повседневной жизни, общаясь с людьми, мы ориентируемся в их поведении, поскольку мы как бы «читаем», то есть расшифровываем, значение их внешних данных и раскрываем смысл получающегося таким образом текста в контексте, имеющем внутренний психологический план. Это «чтение» протекает бегло, поскольку в процессе общения с окружающими у нас вырабатывается определенный более или менее автоматически функционирующий психологический подтекст к их поведению».

Сам по себе отдельный поступок однозначно не связан с внутренним психологическим планом, за ним стоящим, и это обстоятельство превращает межличностное восприятие в решение психологической задачи. Перцептивный аспект общения — это восприятие, понимание и оценка человека человеком. Познавая других людей, индивид получает возможность лучше, более надежно опредаяить перспективы совместной деятельности с ними. От точности «прочтения» их внутреннего мира зависит успешность согласованных действий.

Идентификация — это способ понимания другого человека через осознанное или бессознательное уподобление его характеристикам самого субъекта.

В ситуациях взаимодействия люди строят предположения о внутреннем состоянии, намерениях, мыслях, мотивах и чувствах другого человека на основе попытки поставить себя на его место. Например, встретив в августовские дни около учебного заведения двух взволнованных и перелистывающих учебник девушек, студент реконструирует их душевное состояние, восстанавливая в памяти время, когда он в качестве абитуриента сам стоял у этих дверей, ожидая приглашения на экзамен. Субъекту общения важно не только отстраненно, со стороны понять другого человека, но и принять во внимание, как индивид, вступивший с ним в общение, будет воспринимать и понимать его самого.

Осознание субъектом того, как он воспринимается партнером по общению, называется *рефлексией*.

Рефлексия входит в состав восприятия другого человека. Понять другого означает, в частности, осознать его отношение к себе как к субъекту восприятия. Восприятие человека человеком можно уподобить удвоенному зеркальному отражению. Человек, отражая другого, отражает и себя в зеркале восприятия этого другого.

В процессах общения идентификация и рефлексия выступают в единстве. Если бы каждый человек всегда располагал полной, научно обоснованной информацией о людях, с которыми он вступил в общение, то он мог бы строить тактику взаимодействия с ними с безошибочной точностью. Однако в повседневной жизни субъект, как правило, не имеет подобной точной информации, что вынуждает его приписывать другим причины их действий и поступков.

Причинное объяснение поступков другого человека путем приписывания ему чувств, намерений, мыслей и мотивов поведения носит название ***каузальной атрибуции*** или причинной интерпретации.

Например, ошибочная причинная интерпретация медицинской сестрой поступков пациента делает затруднительным, а иногда и вообще невозможным нормальное взаимодействие.

Каузальная атрибуция осуществляется чаще всего неосознанно — либо на основе идентификации с другим человеком, т.е. при приписывании другому человеку тех мотивов или чувств, которые сам субъект, как он считает, обнаружил бы в аналогичной ситуации. Либо путем отнесения партнера по общению к определенной категории лиц, в отношении которой выработаны некоторые стереотипные представления.

Стереотипизацил — классификация форм поведения и интерпретация (иногда без каких-либо оснований) их причин путем отнесения к уже известным или кажущимся известными явлениям, т.е. отвечающим социальным стереотипам.

Стереотип — сформировавшийся образ человека, которым пользуются как штампом. Стереотипизация может складываться как результат обобщения личного опыта субъекта межличностного восприятия, к которому присоединяются сведения, полученные из книг, кинофильмов

и т.п., запомнившиеся высказывания знакомых. При этом эти знания могут быть не только сомнительными, но и вовсе ошибочными, наряду с правильными заключениями могут оказаться глубоко неверные. Между тем сформировавшиеся на их основе стереотипы межличностного восприятия сплошь и рядом используются как якобы выверенные эталоны понимания других людей. Надо сказать, что во многих случаях стереотипизация имеет характер предубеждения: этнического, религиозного, национального и т.д. Эти предубеждения являются достаточно распространенными и типичными для общества.

Включение межличностного восприятия в процесс совместной социально ценной деятельности изменяет его характер, делает адекватной каузальную атрибуцию, устраняет отрицательное действие эффекта ореола. Именно такой характер приобретает понимание человека человеком в хорошем коллективе.

Сообщая что-то другому человеку, приказывая или обращаясь с просьбой или вопросом, вообще взаимодействуя с ним, индивид все время получает необходимую информацию об эффективности своего обращения к другому. Общение с необходимостью предполагает рефлексию. На основании этой информации он непрерывно корректирует свое поведение, перестраивая систему своих действий и средств речевой коммуникации, чтобы быть правильно понятым и достичь должного результата. Субъективно говорящий может не обращать внимания на обратную связь, но неосознанно он постоянно ее использует.

Роль обратной связи в общении особенно отчетливо осознается, если сама ее возможность оказывается блокирована по ряду причин. Если нет возможности зрительно воспринимать собеседника, обедняется жестикуляция, возникает скованность движения. Сигналы, получаемые при восприятии поведения собеседника, становятся основанием для коррекции последующих действий и высказываний субъекта.

Вообще восприятие собеседника или слушателя при общении выступает важным условием налаживания взаимопонимания.

Общение — это одно из важнейших умений, необходимых для эффективной деятельности медицинского работ-

ника. Навыки общения необходимы для взаимодействия с пациентом, его семьей, другими медицинскими работниками в процессе лечения.

3. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБЩЕНИЯ

Техника общения.

Необходимо отметить, что процесс общения часто становится неэффективным, это касается общественного и межличностного общения. Общение не должно ограничиваться только передачей информации.

Элементы общения: 1. отправитель (тот, кто передает информацию); 2. сообщение (посылаемая информация); 3. канал — форма отправки сообщения (устная речь, неречевой метод, то есть мимика, жесты, поза, письменная речь); 4. получатель (тот, кому посылается сообщение); 5. подтверждение (способ, с помощью которого уведомляют отправителя, что сообщение получено).

Каналы общения:

Устная речь — получатель ее слышит.

Неречевое сообщение — это мимика, жесты, позы, какие-то действия, которые получатель видит.

Письменное сообщение — слова и символы, которые получатель прочитывает.

В некоторых случаях используют несколько каналов общения. Например, устная речь, а затем письменное сообщение или устная речь, мимика, жесты и поза одновременно. Вопросы, которые задают отправитель и получатель информации, могут сделать устный канал общения как эффективным, так и неэффективным.

В процедуре общения выделяют определенные этапы.

1. Потребность в общении (необходимость сообщить или спросить информацию, повлиять на собеседника и т.п.) побуждает человека вступить в общение.

2. Ориентировка в целях общения (в своих целях и целях собеседника), во внешней ситуации общения.

3. Ориентировка в личности собеседника. Иногда ориентировка сводится к минимуму — люди общаются почти автоматически, готовыми фразами, не выбирая наилучших в данных условиях способов общения. Если человек попадает в новую ситуацию с малознакомым собеседником, ему приходится ориентироваться в обстановке не толь-

ко до общения, но и во время его, следя за реакциями собеседника, приходится «подстраиваться», на ходу нащупывать наиболее эффективные способы общения.

4. Планирование содержания общения. Человек представляет себе (обычно бессознательно), что именно он скажет.

5. Сознательно или бессознательно человек выбирает конкретные средства общения, речевые фразы, которыми будет пользоваться (решает, как говорить, как вести себя и т.п.).

6. Восприятие и оценка ответной реакции собеседника. Контроль эффективности общения на основе установления обратной связи, корректировка направления, стиля, методов общения.

Если какое-либо из звеньев акта общения нарушено, то говорящему не удается добиться ожидаемых результатов общения — оно окажется неэффективным. Данные умения называют, например, «социальным интеллектом», «дальновидностью в межличностных отношениях», «практически-психологическим умом», коммуникабельностью.

Эффективное общение зависит от многих факторов, в частности, можно привести несколько правил, небходимых для умения располагать к себе людей и избегать лишних конфликтов.

1. Необходимо проявлять искренний интерес к другим людям. Человек, не проявляющий интерес к своим близким, окружению, друзьям, сослуживцам, часто переживает большие трудности в жизни и причиняет неприятности другим людям.

2. Стоит попытаться понять достоинства другого человека и искренне признать и похвалить его достоинства. Необходимо дать другому человеку почувствовать его значимость.

3. Вместо того, чтобы осуждать других людей, надо постараться понять, почему они поступают так, а не иначе. Это гораздо более эффективнее, чем критиковать. Критика в 99% случаях из ста бесполезна, так как ставит человека в позицию обороняющегося и побуждает искать для себя оправдание.

4. Небходимо стараться быть доброжелательным и приветливым, улыбаться.

5. Стоит обращаться к человеку по имени, отчеству. Для человека звук его имени *является* самым важным и приятным звуком человеческой речи.

6. Необходимо учитывать желания, вкусы, интересы вашего собеседника, вести разговор в круге его интересов.

7. Надо научиться быть хорошим слушателем и поощрять других людей рассказывать о себе.

8. Необходимо проявлять уважение к мнениям другого, избегать говорить человеку, что он не прав. Для того, чтобы не наносить удар по чувству собственного достоинства и не побуждать его вступить в борьбу. Надо избегать фраз типа: «Я тебе докажу, что ты неправ». Стоит использовать мудрость Сократа: вступая в разговор, надо искать сходство во мнениях, не начинать его с тех вопросов, по которым имеется расхождение с собеседником. Надо постараться, чтобы собеседник с самого начала начал говорить «да». Выигрывая одно согласие за другим, легче добиться и полного взаимопонимания.

9. Стоит дать возможность собеседнику выговориться, ибо большинство людей, пытаясь убедить в чем-то другого человека, слишком много говорят сами. Пусть собеседник говорит сам, отвечает на вопросы, думает сам, и сам осознает противоречия или свою неправоту. Нельзя прерывать собеседника, даже при несогласии с ним. Пусть собеседник чувствует, что найденное решение или идея принадлежат ему.

10. Надо попытаться увидеть многие вещи с точки зрения другого человека, поставить себя на его место.

11. Указывать человеку на его ошибки необходимо, не нанося ему обиды. Стоит начать с признания достоинств, не давать общих отрицательных обобщений типа: «Ты всегда такой», «Вы безответственный». Нельзя критиковать при посторонних свидетелях (сослуживцы, родственники, друзья, собственные дети), это унижает человека.

Общение можно сделать более эффективным, задавая так называемые «правильные вопросы».

Вопросы могут быть:

— закрытые (общие), на которые ответ может быть односложным — «да» или «нет»;

— открытые (специальные), на которые можно получить более или менее подробный ответ.

Например.

Закрытые вопросы начинаются со слов: «Вы можете?», «Вы хотите?», «Вам нужно?», «У Вас есть?», «Вы думаете, что?».

Открытые вопросы начинаются со слов: «Скажите мне?», «Покажите мне?», «Что?», «Где?», «Когда?», «Почему?», «Как?» и т.д.

Неправильно заданный вопрос может сделать общение неэффективным. Например, в процессе обучения можно задать вопрос: «Вы меня поняли?», и получить ответ — «Да». Однако, в действительности человек не хочет признаться в том, что он не все понял. В то же время, если спросить: «Я хотел бы убедиться в том, что Вы меня правильно поняли», можно получить подтверждение полученного сообщения и сделать общение более эффективным.

Часто при наличии всех пяти элементов общения люди плохо понимают друг друга. Причины такого рода непонимания различны: сообщение передано или невнятно, или очень быстро, или очень тихо; неправильно выбран канал передачи сообщения.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ и ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте понятие общения.
2. Расскажите о видах общения.
3. Расскажите о роли и ролевых связях.
4. Чем характеризуется дружеское общение?
5. Расскажите о межличностном конфликте.
6. Что такое стереотипизация и идентификация?
7. Расскажите об этапах общения.
8. Как повысить эффективность общения?
9. Что такое закрытые и открытые вопросы?

ЧАСТЬ 2

ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

ГЛАВА 1. РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ, ЕЕ ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ И МЕТОДЫ

1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ психологии

Медицинская психология — отрасль психологической науки, направленная на решение теоретических и практических задач, связанных с психопрофилактикой заболеваний, диагностикой болезней и патологических состояний, а также на решение вопросов, связанных с психокоррекционными формами влияния на процесс выздоровления, решение различных экспертных вопросов, социальной и трудовой реабилитацией больных людей.

В медицинскую психологию, как одну из отраслей психологии, включаются или связаны с ней следующие разделы: психология больного, психология лечебного взаимодействия, норма и патология психической деятельности, патопсихология, психология индивидуальных различий, возрастная клиническая психология, семейная клиническая психология, психология девиантного поведения, психологическое консультирование, психокоррекция и психотерапия, неврозология, психосоматическая медицина.

Медицинская психология тесно связана с родственными дисциплинами, в первую очередь, с психиатрией и патопсихологией. Сферой общего научного и практического интереса медицинской психологии и психиатрии является диагностический процесс. Распознавание психопатологических симптомов и синдромов невозможно без знания их психологических антонимов — феноменов обыденной жизни, отражающих индивидуально-психологические особенности человека и располагающихся в пределах нормальных вариаций психического реагирования.

В медицинской психологии тесно переплетаются вопросы психологии и основные задачи медицины. Подобно психологии и основным клиническим дисциплинам, медицинскую психологию делят на общую медицинскую психологию и частную.

Общая медицинская психология занимается изучением личности больного, врача, среднего и младшего медицинского работника и их взаимоотношений.

Частная медицинская психология изучает эти же вопросы применительно к каждой конкретной медицинской дисциплине: хирургии, терапии, педиатрии, санитарии, геронтологии, невропатологии, психиатрии и т.д.

Предмет и задачи медицинской психологии.

Медицинская психология изучает влияние психических факторов **на** возникновение, течение болезней и **на** процесс выздоровления людей.

Современная медицинская психология делится на две основные области. Первая связана **с** применением психологии в клинике нервно-психических заболеваний, где основной проблемой является изучение влияния **на** психику больного изменении структуры и функционирования мозга, обусловленных прижизненно приобретенной патологией или детерминированных врожденными аномалиями. Другая область медицинской психологии связана **с** применением ее в клинике соматических заболеваний, где основная проблема — это влияние психических состояний (факторов) **на** соматические процессы.

Наибольшее развитие получила первая область медицинской психологии, это проявилось в возникновении таких научных дисциплин, как нейропсихология (А.Р. Лурия) и экспериментальной патопсихологии (Б.В. Зейгарник).

Предметом изучения медицинской психологии является: личность больного человека, личность медицинского работника (в том числе и будущего), а также взаимоотношения больного человека и медицинского работника в различных условиях— при посещении больного на дому, в амбулатории и клинике.

В этот круг вопросов входит также психология взаимоотношений медицинских работников каждого звена и всех звеньев между собой в процессе профессиональной

деятельности и в быту, при специализации и усовершенствовании, в общественной жизни и т.д.

Медицинская психология изучает: **1)** роль психики в укреплении здоровья и предупреждении заболеваний; 2) место и роль психических процессов в возникновении и течении различных болезней; 3) состояние психики в процессе лечения заболевания и, в частности, реакции на различные медикаменты; 4) психические нарушения, возникающие при различных заболеваниях, и методы их купирования.

Важными вопросами медицинской психологии являются психопрофилактика, психотерапия и психогигиена.

Методы медицинской психологии.

Основные методы медико-психологического исследования — беседа, наблюдение и эксперимент.

Методы исследований психических особенностей соматических больных медицинская психология ***заимствует у психодиагностики и общей психологии,*** а оценку адекватности или девиантности поведения человека у психиатрии, психологии развития и возрастной психологии. Психосоматический раздел клинической психологии зиждется на научных представлениях из таких областей, как психотерапия, вегетология, валеология.

Помимо основных методов, беседы с больным и наблюдения за его поведением, в медицинской психологии используется тестирование.

Для психодиагностических целей широко применяются тесты, позволяющие выделить две главные группы свойств психики: свойства интеллекта и свойства характера личности.

Например. Система Вине — Симона. Тесты соответствуют возрасту. Умственное развитие, или умственный возраст определяется по числу решенных задач в процентах к паспортному возрасту. Баллы от решения каждой задачи складываются, и выводится средний возрастной показатель в процентах. Показатель ниже 70% означает наличие олигофрении.

Система тестов Векслера для детей и взрослых. По данным исследователей, этот метод дает представление об интеллекте и личностных качествах испытуемого. В систему входит 6 тестов словесных и 5 — практического

действия. Первые 6 заключаются в исследовании: 1) осведомленности, 2) общей сообразительности, 3) способности воспроизведения чисел, 4) решения арифметических задач, 5) установления сходства, 6) определения 42 слов. Пять тестов действия представляют задачи на: 1) узнавание объектов с недостающими частями; 2) установление последовательности картин; 3) складывание рисунков из частей; 4) составление геометрических фигур из частей (от 9 до 16) по образцу; 5) шифровку чисел, согласно коду, в течение 90 с.

Метод Роршаха. Суть метода состоит в нахождении смысла в своеобразно расположенных на карточке чернильных цветных и черных пятнах. Тестирование по методу Роршаха применяется с целью проверки уровня психического развития обследуемого.

Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMP1) широко используется у нас в стране в модификации отечественных авторов.

Психологические методы (тесты) не являются основными при оценке индивидуальных психологических особенностей испытуемого, а лишь дополняют данные клинического обследования пациента, такие как тщательный сбор анамнеза, беседа, наблюдение, данные клинико-лабораторных исследований.

2. ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ психологии

Путь развития и утверждения психологии и медицинской психологии как самостоятельной дисциплины был довольно сложным и длительным. На развитие психологической науки оказывала большое влияние постоянная борьба между идеалистическим и материалистическим мировоззрением. В зависимости от того, какое мировоззрение доминировало на том или ином этапе исторического развития общества, и определялись уровень и качество исследований и толкование полученных результатов.

Первый известный в истории труд по вопросам психологии принадлежит Аристотелю (384—322 гг. до н.э.). Аристотель в своих работах пользовался такими понятиями, как «ощущение», «память», «чувства», «произвольные и непроизвольные движения». В то же время

он считал, что душа может существовать вне всякой связи с телом, так как имеет божественное происхождение и, следовательно, познать ее нельзя, это лежит за пределами человеческих возможностей. Аристотель полагал, что у всего, что растет и развивается, есть душа.

Эти суждения господствовали в течение многих веков, и только в эпоху Возрождения появились представления о том, что мышление есть свойство материи (Локк, Кабанис).

Огромное влияние на развитие психологии оказало эволюционное учение Ч. Дарвина (1809—1882). Ведущее значение в динамике эволюционного развития психических процессов стало придаваться окружающей среде. Последователь Ч. Дарвина Т. Геккель говорил, что вряд ли кто из образованных и мыслящих людей может усомниться в том, что основы психологии нужно искать только в физиологии нервной системы.

В процессе становления и развития психологии как науки возникало много различных концепций, базирующихся на идеалистическом толковании психической деятельности. Некоторые из них оказались стойкими и существуют в настоящее время. Примером может быть учение о психоанализе З. Фрейда (1856—1939). Фрейд и его последователи отвергают социально-историческую природу развития человека, недооценивают роль разума и сознания и на первый план выдвигают врожденные формы психической деятельности, в частности, сексуальные инстинкты человека. Фрейд отмечал, что его учение не может быть основано ни на физиологии, ни на научной психологии. Свое, психологическое учение он назвал метапсихологией, т.е. находящимся за пределами психологии.

В современных условиях разновидностью идеалистического течения в психологии является неофрейдизм. В отличие от фрейдистов сторонники неофрейдизма отошли от понимания определяющей роли сексуального инстинкта и бессознательного в психической деятельности человека. Выдвинув принцип культурной обусловленности человека, они по существу оставались на психобиологических позициях, утверждающих врожденное превосходство одних рас и народов над другими, биологически менее совершенными.

Большой вклад в развитие психологии внес В. Вунд (1832—1920), основав в 1879 г. в Лейпциге первую ла-

бораторию экспериментальной психологии. Экспериментальные исследования позволили ему достаточно подробно изучить память, внимание, восприятие, эмоционально-волевую сферу.

В 20-х годах нашего столетия на развитие психологии оказали большое влияние идеи Э. Кречмера (1888— 1964). Он по существу и стал одним из родоначальников нового направления в психологии — медицинской психологии. Им опубликована книга «Медицинская психология», где он освещает аномалии психической деятельности.

В зарубежной психологии и медицине большое распространение получило другое течение — экзистенциализм (М. Хайдеггер, К. Ясперс). В качестве основы своей философии экзистенциализм выдвинул антропологическую проблему — учение о человеке, существование (экзистенция) которого трактуется как чисто индивидуальное бытие, изолированное от человеческого общества. Сторонники экзистенциализма в своем учении о так называемых пограничных ситуациях (страх, болезнь, смерть) пытаются доказать, не учитывая социальную сторону жизни человека, что индивидуальное существование человека есть лишь «бытие для смерти». Сторонники экзистенциализма проходят мимо того факта, что общественные условия могут не только вызывать, но и ограничивать страдания, имеющие физиологическую основу.

Именно в России нашло благоприятную почву для развития учение о рефлексах головного мозга, разработанное крупнейшим физиологом второй половины XIX века И.М. Сеченовым. Он по существу явился основателем не только отечественной нейрофизиологии, но и материалистической психологии.

Знаменитый нейроморфолог, нейрофизиолог, невропатолог, психолог и психиатр В.М. Бехтерев, опираясь на учение И.М. Сеченова, развил и построил «объективную психологию». Рефлекторная теория стала прочной основой понимания как нормальных, так и патологических психических явлений.

И.П. Павлов, развивая положения И.М. Сеченова, разработал оригинальную методику, благодаря которой стало возможным проникновение в сущность рефлекторной деятельности головного мозга. Работы И.П. Пав-

лова не только осветили закономерности процессов высшей нервной деятельности животных и человека, но и создали основы для объединения различных разделов науки о мозге. Они явились подлинно научной базой психологии вообще и медицинской психологии в частности.

Первая экспериментально-психологическая лаборатория в России была открыта В.М. Бехтеревым в 1885 г. при медицинском факультете Казанского университета. В 1896 г. такая же лаборатория была организована в Москве в психиатрической клинике С. С Корсаковым. В последующем подобные психологические лаборатории были созданы также при медицинских факультетах Одесского, Киевского и Дерптского (Тартуского) университетов.

Преподавание основ психологии на медицинских факультетах университетов способствовало развитию медицинской деонтологии — системы морально-этических требований к медицинскому работнику. Лучшие представители русской медицины считали служение больному человеку долгом своей совести. Большое влияние на развитие и внедрение этих идей оказали работы основоположников отечественной клинической медицины и физиологии: М.Я. Мудрова, Н.И. Пирогова, С П. Боткина, С.С. Корсакова, И.М. Сеченова, И.П. Павлова, В.М. Бехтерева и др.

После социалистической революции советские клиницисты, основываясь на традициях передовых ученых и врачей-гуманистов прошлого, талантливо описавших психологию больного, продолжают успешно разрабатывать вопросы медицинской психологии, этики и деонтологии с позиций диалектического материализма. Особенно наглядно это проявлялось при изучении общей психопатологии (В.А. Гиляровский, Е.А. Попов), психогенеза заболеваний, личности больного при неврозах, вопросов психотерапии и психопрофилактики (Е.К. Краснушкин, М.С. Лебединский, О.В. Кербиков и др.). Размах получило развитие экспериментально-психологических, психофизиологических исследований (А.Г. Иванов-Смоленский, А.Р. Лурия, В.Н. Мясищев).

Много ценных данных для практики получено советскими учеными при исследовании психологии и психогигиены труда, при изучении особенностей снижения трудоспособности при соматических и нервно-психических

заболеваниях, вопросов трудоустройства и реадаптации (Т.И. Гейер, Д.Е. Мелехов).

Головной мозг является органом отражения объективной действительности и взаимоотношения организма с окружающей средой. Отражение осуществляется в процессе деятельности человека и лежит в основе ее.

При изучении мозга, как и при исследовании психики, одним из важнейших является вопрос о локализации функций в мозге. А.Р. Лурия определяет функцию как результат рефлекторной деятельности, объединяющей в совместной работе «мозаику» из возбужденных и заторможенных участков нервной системы, которые осуществляют анализ и синтез сигналов, доходящих до организма, вырабатывают систему временных связей и обеспечивают «уравновешивание организма со средой».

Психическая функция рассматривается как весьма сложная приспособительная деятельность организма. При обсуждении вопроса о локализации высших психических функций, таких, как память, мышление, сознание и др., признается, что «ответственность» за них не может быть возложена на какую-либо группу клеток в коре головного мозга.

Каждая функция имеет множественное представительство в коре головного мозга, а не сосредоточена в так называемых корковых центрах. Высшие психические функции как бы размещены по всей коре больших полушарий. Можно сказать, что физиологической основой высших психических функций является интегративная деятельность нервных клеток вне какого-либо ограниченного анатомического субстрата.

Различные отделы мозга, принимающие участие в осуществлении психических процессов, обладают способностью взаимозаменяемости. Известны многочисленные случаи из практики, когда нейрохирургам приходилось удалять в одном из полушарий значительную часть головного мозга, пораженную опухолевым процессом. Это должно было бы вызвать изменения психики. Однако спустя некоторое время (адаптационный период) после тяжелой черепно-мозговой операции близкие и знакомые не обнаруживали значительных изменений в психической деятельности у этих больных. Симметричные области здорового полушария и другие группы клеток опери-

рованного полушария взяли на себя функцию удаленных участкоз мозга. Иногда лишь с помощью экспериментально-психологического исследования обнаруживается утрата такими лицами способности к тонкой аналитико-синтетической деятельности. Этот пример подтверждает ошибочность концепции психоморфологического локализационизма о локализации высших психических функций в определенных корковых центрах мозга и доказывает правомерность теории о динамической локализации функций в коре головного мозга (И.П. Павлов).

П.К. Анохин показал, что одни и те же клетки мозга могут принимать участие в осуществлении самых различных функциональных связей. По-видимому, многозначность функций клетки объясняется многообразием синаптических образований на ее дендритах.

Принцип динамической локализации означает и поэтапность локализации, и возможность замены в обеспечении того или иного психического процесса одних участков мозга другими, и вовлечение мозговых систем во вновь возникающие формы психической деятельности. Эта поэтапность особенно наглядно проявляется при поражении мозга в молодом возрасте.

В момент рождения или в первые месяцы и годы жизни головной мозг ребенка может быть поврежден в результате травмы, нейроинфекции или других факторов. Такие дети в дошкольном, младшем и среднем школьном возрасте значительно отстают от своих сверстников в интеллектуальном развитии. Однако под влиянием специально организованных мер социально-педагогического и психокоррекционного воздействия может наступить хорошая компенсация: дети, чаще подростки, как бы «прозревают», начинают хорошо учиться, догоняют, а иногда даже перегоняют в интеллектуальном развитии своих сверстников. Большое распространение за рубежом имеет генетическая концепция.

Наследственность — это процесс передачи последующим поколениям сформированных в опыте прошлых поколений и биологически закрепленных свойств организма, в том числе и нервной системы.

Исследования последнего времени показали, что носителем и хранителем наследственности язляются ядерные

нуклеиновые кислоты. Особая роль здесь принадлежит дезоксирибо-нуклеиновой (ДНК) и рибонуклеиновой (РНК) кислотам. Многие факторы внешней среды влияют на ядерные нуклеиновые кислоты и, в частности, на ДНК. Наиболее сильное воздействие оказывают электронная радиация, алкоголь, наркомания и многие другие факторы.

Медицинская психология — это сравнительно молодая дисциплина, однако к настоящему времени она, помимо хорошо известных данных, накопила много новых, значительно обогатив и конкретизировав старые. Из дисциплины преимущественно теоретического уровня она становится практически значимой, так как позволяет предупредить возможные при многих соматических болезнях психические нарушения.

3. ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМАТИКУ ПСИХОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Следует отметить, что термины «врачебная психология», «медицинская психология», «клиническая психология» являются понятиями, о которых дискутируют в мировой литературе. При этом часто они понимаются поразному. Для иллюстрации можно привести некоторые взгляды отечественных и зарубежных авторов.

Например, Гуенсбергер полагал, что врачебная психология — это изучение личного влияния медицинского работника (врача) на больного. По его мнению, к медицинской психологии относится психология физически больного (патопсихология) и результаты кортиковисцеральной медицины, далее проблемы, связанные с общими медицинскими вопросами и изучением гипноза.

Я. Добиаш под понятием врачебной-медицинской психологии понимает комплекс знаний и способностей, которые использует в своей деятельности врач. В коллективной книге, которую редактировали Вл. Вондрачек и Я. Добиаш, врачебная психология характеризуется как комплекс знаний из психологических наук, которые позволяют врачу сознательно выбирать и целенаправленно применять психологические средства в любой фазе контакта с больным.

Врачебную психологию Станчак ограничивает психологической стороной врачебной работы, работы медицин-

ского персонала и больничной средой; следовательно, речь идет о специфической области психологии, направленной на значение взаимоотношения: врач — больной и его отражение в лечебном процессе.

«Медицинская психология как психология невротических и психотических состояний — в сущности, психопатология» (Лагаш). Р.М. Фрайнфельс под медицинской психологией понимает более глубокое объяснение нормальной психики на основе психиатрических данных.

Приведем отечественного исследователя М. Кабанова, который стал преемником Мясищева в Ленинградском психоневрологическом институте им. Бехтерева. Он определяет медицинскую психологию как прикладную область психологии, которая применяется в медицине для исследования психических факторов, которые влияют на развитие заболевания, на его профилактику и его лечение, для изучения психических проявлений различных заболеваний в их динамике и для изучения характера отношений больного человека с его микросредой.

Здесь сохраняется традиция профессора Мясищева, который уже в 1952 году провозгласил, что вопрос психологии в медицине не является лишь вопросом психопатологии, а вопросом всей медицины. В ходе каждой болезни необходимо иметь в виду и учитывать целую личность больного.

Профессор Либих видит область медицинской психологии в общем в пяти сферах ее интересов: различные нормы и патология психики, психические проявления болезни, роль психики в возникновении и течении болезни, роль психики в лечении болезни, и наконец, роль психики в препятствии болезни и в укреплении здоровья.

Термин клиническая психология. Содержание этого термина несколько сужено, например, Андре Рей определяет клиническую психологию как использование экспериментальных методов при изучении больного, а Лагаш понимает клиническую психологию как медицинскую психологию.

Станчак говорил о том, что предмет клинической психологии в использовании психологических наук при исследовании психического компонента в этиологии и патогенезе психических, а также некоторых органических болезней.

В то время, как одна концепция клинической психологии видит в ней применение психологии в медицинской клинической практике, то другая концепция расширила понятие клинической психологии и на область здорового человека, и наконец, и на область животных. Такое понимание берет свое начало в Америке. Эта концепция возможна только при условии отождествления клинической патологии с психодиагностикой, с клиническими методами.

Витмер еще в 1896 году основал первую психологическую клинику при университете в Пенсильвании. Вскоре после этого была основана клиника для трудновоспитуемых детей, называемая «Институт для юношества», и огромному росту числа психологических клиник в дальнейшем развитии способствовало особенно движение за психическую гигиену Беерса. Речь шла о какой-то генерализации заботы о человеке и в немедицинских учреждениях. Около 1940 года в США было уже свыше 100 таких клиник.

Психология здравоохранения (психология в здравоохранении) является более высокостоящим понятием, причем клиническая психология составляет ее основную часть, почти сливающуюся с ней. Однако, психология здравоохранения более широкое понятие. К психологии здравоохранения может относиться, например, и выбор окраски больничных помещений, архитектурное решение медицинских объектов, устройство среды, распорядок дня и т.д. А также другие мероприятия с точки зрения их психологического воздействия на пациентов.

Клиническую психологию понимают как апликацию психологии в клинических проблемах во всей их ширине и глубине. Поэтому клиническая психология является теоретической и практической апликацией психологических сведений и методов в области клинической медицины. Клиническая медицина, а с ней, следовательно, и клиническая психология, в заботе о здоровье человека ставит перед собой задачи: а) теоретическо-научные, б) диагностические, в) терапевтические, г) профилактические, д) экспертизные, е) медицинскв^воспитательные.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Дайте определение медицинской психологии.

2. Расскажите о предмете, задачах медицинской психологии.

3. Расскажите об основных этапах развития медицинской психологии.

4. Расскажите о роли медицинской психологии в здравоохранении.

5. Что Вы знаете о методах медицинской психологии?

ГЛАВА 2. ВВЕДЕНИЕ В ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

1. СИСТЕМАТИКА БОЛЕЗНЕЙ

Любая болезнь распознается на основании объективных признаков ее (симптомов), которые в структуре каждой отдельной формы болезни объединяются в комплекс симптомов (синдромы).

Следует отметить, что любая болезнь, какую бы часть тела, систему или орган она ни захватывала, всегда является болезнью не отдельного органа, не отдельной системы, а всего организма. Поэтому не случайно в медицине исторически закрепилось правило: лечить следует не болезнь, а больного. Вместе с тем, до настоящего времени медицина строится преимущественно на принципах органной или системной патологии.

Следует сказать, что такому разделению способствует ряд обстоятельств. Во-первых — сила традиций в делении болезней. Сложившаяся система специализации врачей в связи с различием используемых приемов исследования разных болезней. Кроме того, относительная методическая простота такого деления, а также специализированный набор требуемых технических устройств при определенных болезнях. Например, в хирургических, травматологических отделениях. **А** также различие эпидемиологических форм защиты. Например, для больных с острозаразными болезнями и другими заболеваниями.

В настоящее время, в связи с продолжающимся дроблением болезней и специальностей общее правило лечить больного, а не болезнь становится особенно важным ме-

дико-психологическим принципом деятельности любого врача независимо от его узкой специальности. Например, такой специальности, как кардиолог, уролог, дерматолог, анестезиолог и др.

В практической медицине сложилось и другое, общее деление болезней, рассмотрение которого представляется важным и существенным для понимания некоторых сторон медицинской психологии.

В медицинской практике, литературе все болезни, можно сказать, условно делят на соматические, нервные и психические болезни.

Соматические — внутренние болезни. Болезни, при которых патологические изменения обнаруживают органы и системы человеческого тела. При этом, надо отметить, не делается различий в том, какие причины привели к болезненным изменениям. Хотя при этом существует тенденция выделять из внутренних болезни собственно соматические и болезни инфекционные. Или болезни собственно соматические и болезни эндокринные и др. Такое деление, впрочем, весьма условно, поскольку основанием для этого деления становятся самые различные критерии.

Нервные болезни. В XIX веке «нервные болезни» были выделены из «внутренних болезней» в самостоятельную группу. Главным условием для этого послужили особенности форм патологии. В отличие от соматических, по преимуществу органных форм патологии, нервные болезни в своем большинстве имеют характер системных. При этом имеют в виду повреждение или нарушение тех или иных морфофункциональных систем, составляющих единую нервную систему человека. Особенность нервных болезней состоит, в частности, в том, что в основе их лежат нарушения афферентной — приводящей, чувствительной, или эфферентной — отводящей, двигательной проводимости в нервных путях, вызванные повреждениями самих проводников на разном их уровне. Или повреждением центральных-церебральных — мозговых центров их проекции. Нервные болезни являются болезнями нервной системы и мозга. Мозга спинного, продолговатого, головного, включая все его образования. Нервные болезни также объединяют формы патологии с различной

этиологией. Этиология может быть инфекционной, вирусной, дегенеративной, сосудистой и др.

Психические болезни. Необходимо отметить, что в истории врачевания также произошло вначале отделение «психических болезней» от «соматических», вместе с «нервными». Только позднее «психические болезни» были выделены из них в отдельную самостоятельную группу. В некоторых странах с XX по XXI век до настоящего времени во врачебной специальности полного разделения нервных и психических болезней не произошло. Сам головной мозг в широком смысле слова является тоже «внутренним» органом, а болезни головного мозга все же являются предметом исследования не клиники внутренних болезней, а невропатологии, психиатрии и др. Как любой другой орган организма, головной мозг обнаруживает, естественно, функции биологические — физиологические. Интересно отметить многие данные по изучению подростков, с раннего возраста вскормленных в логове животных, то есть развивающихся вне человеческого общества, вне культурно-исторического воспитания, обнаружили все типичные биологические качества, определяемые современными методами. В то же время признаков развитой человеческой психики у таких детей и подростков выявлено не было.

Отметим, что отличие психических болезней состоит в преимущественном расстройстве специфически человеческих, субъективных, рассудочных форм деятельности человека. Они находят выражение в изменениях продуктивности целенаправленной деятельности человека, а также в изменениях полноты, последовательности и адекватности психомоторики, содержания мимики, пантомимической выразительности, также в неадекватных оценках окружающего и изменений, происходящих в самом себе. Кроме того, это находит выражение в субъективном переживании утраты былого самочувствия и смены его новыми состояниями. Все эти расстройства имеют в своей основе сложные биологические — физиологические изменения, которые в деталях медицинской наукой изучены еще недостаточно.

Психические болезни представлены, в основном: формами так называемой «большой психиатрии», то есть

психозами и формами «малой психиатрии». А также «пограничными нервно-психическими расстройствами» — аномальными реакциями, неврозами, аномальными развитиями и психопатиями.

Вообще, с позиций целостного понимания организма человека вместе с ближайшим его окружением (И.М. Сеченов) *следует считать, что каждая рассмотренная группа* болезней отражает реальность лишь в том случае, если понимать, что речь идет преимущественно о «соматических», преимущественно о «нервных» **и** преимущественно о «психических» болезнях. А в других случаях эти термины приобретут метафизический или даже идеалистический характер.

Такое представление на уровне модели позволяет лучше понять соматопсихические и психосоматические влияния, которые при некоторых болезнях могут выступать особенно отчетливо и иметь главенствующую роль.

При этом необходимо отметить, что целостное представление о жизнедеятельности организма раскрывается не только в нормальных проявлениях человеческого организма, но **и** в заболеваниях.

Следует отметить, что общие принципы выбора заболевшим человеком тех или иных типов психического реагирования на заболевания, закономерности формирования отношения к болезни сочетаются в клинике со специфическими особенностями психического состояния пациентов, у которых возникли различные заболевания. При этом можно говорить о влиянии самой болезни на характер реагирования на ее появление, течение, успешность лечения **и** исход. А типичность самой реакции на заболевание зависит от параметров болезни в такой же мере, как и от индивидуально-психологических особенностей человека.

Важно отметить, что каждая болезнь для человека характеризуется набором специфических особенностей, затрагивающих значимые для пациента сферы жизнедеятельности.

А последовательная и закономерная смена синдромов в целом определяет клинику и особенности течения болезни. При этом внутри составляющих болезнь самих синдромальных картин сосуществуют и признаки сома-

тического неблагополучия с симптомами изменений психики пациента.

Можно выделить следующие параметры, на основании которых оценивается любая болезнь и формируется психологическое отношение к ней:

1. Вероятность летального исхода. 2. Вероятность инвалидизации и хронификации. 3. ***Болевая характеристика болезни. 4. Необходимость радикального или паллиативного лечения. 5. Влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения. 6. Социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболевшим в микросоциуме. 7. Влияние болезни на семейную и сексуальную сферы. 8. Влияние болезни на сферу развлечений и интересов.***

2. ПОНЯТИЕ ЗДОРОВЬЯ. ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ЗДОРОВЬЯ

Понятие здоровья.

В современном понимании здоровье определяется как полное физическое, психическое и социальное благополучие.

Эти три компонента здоровья неразрывно связаны. Утрата одного из них изменяет равновесие остальных. И если основным критерием социальности является соотношение личного и общественного в человеке, то нарушая привычный образ жизни и все то, что обеспечивает ощущение безопасности, болезнь может приводить к гипертрофии «Я». Также и изменять обычное для личности соотношение личных и общественных мотивов. А на этом фоне больной человек переживает изменения в привычных социальных связях. То есть, обращение к врачу, общение с медперсоналом и другими больными, отрыв от работы и производственных отношений, а в случае госпитализации — отрыв от семьи. Формирование психического настроя человека в значительной степени зависит от того, что несут с собой эти новые социальные связи.

Понятие здоровья по ВОЗ. (Всемирная организация здравоохранения). Здоровье — это состояние полного физического, психического и социального благополучия. Это понятие приведено в преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), это наиболее полное и точное определение понятия «здоровье». Здоровье — со-

стояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие.

Критерии здоровья.

Принято отмечать, что для здоровья наиболее типичными являются несколько главных признаков.

Структурная и функциональная сохранность систем и органов человека.

Свойственная человеку индивидуальная высокая приспособляемость организма к типичной для него физической и общественной (социальной) среде.

Сохранность привычного для него самочувствия, которое всегда оказывается наиболее тонким барометром душевного и социального благополучия.

А вопрос о конкретных критериях психического здоровья изучен еще далеко не полно. Однако, в самых общих чертах к ним правомерно в первую очередь относить: причинную обусловленность психических явлении, их необходимость, упорядоченность. Соответственную возрасту человека зрелость чувства, постоянства места обитания. Максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности. Гармонию между отражением обстоятельств действительности и отношением человека к ней. Также отмечается соответствие реакций, таких как физические и также психические, силе и частоте внешних раздражений. Критический подход к обстоятельствам жизни. Способность самоуправления поведением в соответствии с нормами, установившимися в разных коллективах; адекватность реакций на общественные обстоятельства, социальную среду. Чувство ответственности за потомство и близких членов семьи; чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных обстоятельствах. Способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций. Самоутверждение в обществе без ущерба для остальных его членов. Способность планировать и осуществлять свой жизненный путь и др.

Психическое здоровье.

Психическое здоровье — это состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную

условиям окружающей действительности регуляцию поведения, деятельности. Необходимо отметить, что содержание понятия психическое здоровье не исчерпывается медицинскими и психологическими критериями. В нем также всегда отражены общественные и групповые нормы и ценности, регламентирующие духовную жизнь человека.

Критерии психического здоровья.

К основным критериям психического здоровья относят такие критерии, как: соответствие субъективных образов отражаемым объектам действительности и характера реакций — внешним раздражителям, значению жизненных событий; адекватный возрасту уровень зрелости эмоционально-волевой и познавательной сфер личности; адаптивность в микросоциальных отношениях; способность к самоуправлению поведением, разумного планирования жизненных целей и поддержания активности в их достижении и др.

Впрочем, определение критериев психического здоровья относится к числу сложных комплексных проблем таких наук, как философии, социологии, психологии и медицины,

3. ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМАТИКА

Человечеству с древних времен известно, что чувства и переживания отражаются не только на душевном, но и на физическом состоянии человека. Мысль о неразрывном единстве психического и соматического была высказана еще Гиппократом. Литература античного мира, как и более поздних веков, полна примерами героев, умиравших от неразделенной любви, страха, тоски или угрызений совести.

Описаны случаи смерти в результате внезапного психического потрясения: в древние времена они касались нарушителей табу, позже при фиктивном выполнении ритуала казни. А. Бомбар, французский врач, переплывший в одиночестве океан, пришел к выводу, что 90% из потерпевших кораблекрушение гибнут от отчаяния. А. Логез приводит пример старой актрисы, которая живет ожиданием своего юбилея как дня возврата былой славы и после него тихо умирает.. Многочисленные примеры больных, живших до того дня, когда сбудутся их мечты, и потом спокойно умиравших, свидетельствуют о

том, что психогенные влияния способны не только приблизить смерть, но и отдалить ее. Еще Платон и Аристотель дали философское толкование подобным соматическим последствиям эмоций, идеалистически противопоставив два начала в человеке: «всякое расстройство психики или сомы является следствием диспропорции и нарушения равновесия между тем и другим».

К началу XIX века в изучении вопроса о взаимоотношениях психического и соматического четко обозначились два противоположных направления: сторонники первого исходили из доминирующею влияния психики и предложили термин ***«психосоматика»,*** второе направление считало более важным значение соматического фактора и противопоставило «психосоматике» термин «соматопсихика». Оба направления рассматривали сложную проблему взаимоотношений «тела и духа» упрощенно и схематично.

XX век ознаменовался появлением так называемой «психосоматической медицины», представители которой хотели подчеркнуть этим названием, что формальное разделение в медицине дисциплин, изучающих отдельно психику и отдельно внутренние заболевания, неправомерно.

Психическое и соматическое в человеке всегда выступает в единстве в любом ответе на нарушение гомеостаза независимо от того, исходит оно из внешней или внутренней среды. В обоих случаях раздражитель вызывает в мозге ответные реакции, которые активируют нейроэндокринную и вегетативную системы. Таким образом, психический фактор рассматривался как одно из звеньев общего патогенеза. Разделяя процессы на физиологические и психологические, мы лишь рассматриваем одно и то же явление в разных аспектах. Само же явление нераздельно. Поэтому «психосоматическая медицина» настаивает на том, что не существует отдельно ни соматических, ни психических болезней, а есть просто болезнь.

Любое событие внешней среды способно через воздействие на сенсорные системы вызвать в организме ответную реакцию напряжения. Эта теория, казалось, вскрывала недостающее звено между психическими и соматическими явлениями. Аффект тоски, тревоги или страха переводится на язык физиологии и вызывает соматичес-

кие последствия через нейро-вегетативно-эндокринную систему. При этом торможение внешнего (психомоторного или словесного) выражения тревоги может иметь патогенное значение, когда стимулы из центральной нервной системы отводятся в автономную область, и таким образом приводят к патологическим изменениям во внутренних органах. Естественно, что психологический стресс может быть понят только с учетом того значения, которое имеет раздражитель для данной конкретной личности с точки зрения ее жизненного пути и психологического формирования. Если с физиологической точки зрения адекватность переживания «опасности» не имеет никакого значения, то для психологического понимания болезни и психотерапевтических воздействий анализ именно этого момента представляет большую важность.

Психосоматическая медицина, по мнению представителей этого направления, продолжает развивать гиппократовские принципы. Она накопила немало интересных клинических и экспериментальных фактов, особенно в области тех заболеваний, в патогенезе которых психогения занимает ведущее место (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь, сахарный диабет, тиреотоксикоз, нервная анорексия, ревматоидный артрит, бронхиальная астма, нейродерматит, мигрень и др.). Одним из главных или центральных, а также спорных вопросов психосоматики оказалась специфичность психологического стресса для определенной органической системы. Однако выводы отдельных представителей «психосоматической медицины» оказались противоречивыми.

В психосоматической медицине основной вопрос — о специфичности синдромов. В связи с этим в этом направлении существует несколько теорий:

1. Наследственно-конституционального предрасположения к повреждению тех или иных органов.

2. Конституционального предрасположения, что явилось результатом раннего жизненного опыта (пренатального и младенческого периодов жизни).

3. Изменений личности в более поздний период, отразившихся на функциях органа.

4. Ослабления органа в результате травмы или инфекции.

5. Значения активной деятельности органа в момент психологического стресса.

6. Символического значения органа в системе личности.

7. Фиксации органа в результате задержанного психического развития.

В России связь психического фактора с внутренними заболеваниями одним из первых подметил И.М. Сеченов, который писал, что «всякая болезнь тела сопровождается психическим расстройством в разнообразнейших формах». Для понимания механизма этой связи особое значение приобрели работы И.П. Павлова и его школы, изучавших этот вопрос с позиций кортико-висцеральных взаимоотношений. По данным Л.К. Петровой, если сто раз сочетать введение собаке нитроглицерина со звуком трубы, то в дальнейшем один звук трубы вызывает тахикардию и изменения ЭКГ, свидетельствующие о нарушении коронарного кровотока. А приступ острой коронарной недостаточности может наступить рефлекторно как в результате перенапряжения нервно-психической сферы, так и вследствие интероцептивной импульсации с других органов. К.М. Быковым и И.Т. Курциным была показана возможность создания в эксперименте условных рефлексов с внутренних органов и особенности формирования этих рефлексов. Этими работами подтверждалась идея так называемого психофизиологического монизма, согласно которой не существует отдельно ни психических, ни физиологических процессов. Организм един в своем реагировании на раздражения, идущие из внешней или внутренней среды. Неопровержимым доказательством этому положению служил сам условный рефлекс — явление одновременно и физиологическое, и психическое.

И.П. Павлов писал: «Для истинно научного понимания наших нервнопатологических симптомов и успешной борьбы с ними нужно расстаться со столь вкоренившимся в нас отграничением психического от соматического. Всюду и всегда необходимо идти к физиологическому основанию, как в отношении болезнетворных агентов, так и в отношении реакций на них со всеми их последствиями, т.е. переводить всю *психогению* и симптоматику на физиологический язык».

В психосоматической медицине сама психогения не подвергается физиологическому анализу, анализируются лишь ее соматические корреляты. И.П. Павлов считал, что сущностью психогении являются нарушения силы и подвижности основных нервных процессов, то есть возбуждения и торможения, а также нарушение отношений между сигнальными системами, наступающее в результате *психотраемьи* Вегетативная дисфункция с преимущественной заинтересованностью того или другого органа имеет место при любой форме невроза. Можно сказать, что таким образом, эмоциональность является связующим звеном между психической и висцеральной жизнью.

Взаимосвязь. Психосоматические расстройства и заболевания.

Реакцией личности на стресс или фрустрацию могут быть, с одной стороны, невротические расстройства, при которых преобладают психологические и психопатологические проявления. А с другой стороны психосоматические расстройства, проявляющиеся, **в** первую очередь, соматическими эквивалентами психических расстройств. Эти группы нарушений демонстрируют различные способы переработки внутриличностного конфликта: психический и соматический. Невротический способ может проявляться как **в** условиях острого, так и **в** условиях хронического стресса. Психосоматический способ **в** большей степени связан с хроническим воздействием фрустрации и стресса. Отличительными особенностями являются и индивидуально-психологические свойства человека, склонного к одному из перечисленных способов переработки конфликта.

Актуальность изучения психосоматических взаимовлияний можно аргументировать статистическми фактами. По данным разных исследований не менее 30% больных, обращающихся с соматическими жалобами в поликлиники и стационары, имеют невротические симптомы, а 22% лиц с жалобами психосоматического характера отнимают до 50% рабочего времени врача.

Под психосоматическими расстройствами понимаются симптомы и синдромы нарушений соматической сферы (различных органов и систем), обусловленные индивидуально-психологическими особенностями человека и свя-

занные со стереотипами его поведения, реакциями на стресс и способами переработки внутриличностного конфликта.

Существует несколько моделей формирования психосоматических расстройств: а) психофизиологическая, б) психодинамическая, в) системно-теоретическая, г) социопсихосоматическая.

Психофизиологическая модель. Основоположником изучения психофизиологическиих взаимосвязей считается И.П. Павлов, впервые описавший условные и безусловные рефлексы. Безусловные рефлексы соответствуют инстинктам и побуждениям и являются врожденными. Условные же рефлексы формируются вследствие научения с целью адаптации к окружающему миру. В экспериментах на животных можно добиться формирования т.н. «экспериментального невроза» в результате закрепления условно-рефлекторных связей.

Принято было считать, что каждый орган человеческого тела имеет как бы свою психическую проекцию, что подчеркивалось еще с древних времен, когда органом любви считалась вначале печень, а затем сердце. Это нашло отражение в искусстве — на скульптурах, живописи и др. того времени. Античный бог любви Амур пронзал своей стрелой сердце. На всех языках сердце связывается с выражением эмоций. Часто в обиходе употребляют такие выражения, как: «Сердце сжимается от страха», «на сердце тяжело или «легко», «всем сердцем любит». А если человек эмоциональный, добрый, всех жалеет, то про такого обычно говорят, что «он все принимает близко к сердцу». Эмоциональным переживаниям соответствуют также различные ощущения в сердце, которые связаны главным образом с изменением ритма сердца и другими вазомоторными явлениями.

Е.К. Краснушкин считал, что при эмоциональных состояниях наряду с изменением ритма сердечной деятельности происходят и изменения кровоснабжения сердечной мышцы, которыми и объясняются наблюдаемые при эмоциях ощущения.

В. Кеннону принадлежат исследования по изучению влияния эмоций на физиологические функции. Им показано, что под влиянием эмоций происходит возбуждение симпатического отдела вегетативной нервной системы

и усиленное выделение надпочечниками адреналина, который также оказывает симпатикотоническое действие, в результате чего происходит перераспределение крови, усиленный приток ее к сердцу, легким, центральной нервной системе, конечностям и отток от брюшной полости.

Психосоматические болезни.

Психосоматическими болезнями принято считать такие, при которых одним из этиологических факторов является психотравмирующее переживание, чаще действующее длительно, хронически.

К психосоматическим заболеваниям относят гипертоническую болезнь, бронхиальную астму, язвенную болезнь, заболевания кишечника, такие как неспецифический язвенный колит и др.

Важно отметить, что в большинстве экономически развитых стран почти не встречаются особо опасные инфекции, резко сократились туберкулез и венерические заболевания, но зато гораздо большую роль играют неэпидемические и дегенеративные болезни, такие, как сердечно-сосудистые, злокачественные новообразования, а также нервно-психические расстройства.

Само изменение качества болезней связано со многими отрицательными сторонами «западной цивилизации», такими, как нервное напряжение в связи с все возрастающими темпами жизни, в связи с компьютеризацией, автоматизацией и механизацией производства. Все это ведет к ограничению информации, с одной стороны, и гиганскому нарастанию ее — с другой. Кроме того, это также связано с применением в пищу различных продуктов неживотного, часто синтетического, генно-инженерного и химического происхождения.

Сами термины «психосоматическая медицина», «психосоматические расстройства» стали употребляться с тем, чтобы подчеркнуть, что умозрительное разделение в медицине психики и соматики при некоторых условиях вредно. Подчеркивалось, что если в XIX веке был достигнут несомненный успех в соматическом подходе к инфекционным болезням и метаболическим расстройствам, но однако, этого нельзя сказать о таких болезнях, как гипертоническая, язвенная, бронхиальная астма и др. И хотя они являются соматическими, но клинические на-

блюдения показывают, что важную роль в возникновении играют психогенные факторы. При изучении этих болезней возникают сложные противоречивые вопросы, связанные с этиологией и патогенетическими механизмами. Эти вопросы, вероятно, все еще находятся на границе наших знаний о процессах жизнедеятельности человека.

Исходя из различных психосоматических концепций, следует считать, что даже кратковременные или преходящие события могут оказать глубокое влияние на состояние организма путем изменения основных процессов, на которые они накладываются. Они также могут играть важную, но не обязательно доминирующую роль в этиологии расстройств наряду с другими факторами.

Психологический стресс — событие внешней среды, способное вызвать в организме внутренние эффекты путем воздействия на воспринимающий аппарат организма. Стресс в определенной жизненной ситуации может быть понят лишь тогда, если его рассматривать с точки зрения определенного человека-личности, так как то внутреннее значение, которое оно имеет для него, связано с его прошлым и уровнем психического развития.

Принято считать, что объединяющим между психологической и соматической сферой является аффект, который может выражаться в форме тоски, постоянной тревоги, опасений. Если скажем, внешние проявления этих аффектов предотвращаются, то патогенное действие их ведет к изменениям во внутренних органах или сосудистой системе. Таким образом, психосоматические болезни в отличие от психогенных могут характеризоваться некой тенденцией к саморазвитию. Возникнув психогенно, они могут вызывать в головном мозге ответные реакции, которые активизируют нейроэндокринную систему и вызывают тем самым функциональные изменения органов и систем. Это происходит уже независимо от продолжающейся психотравмирующей или стрессовой ситуации.

П.К. Анохин в возникновении указанных болезней большую роль придает отрицательным эмоциям. Он считает необоснованным широко распространенный термин «задержанные эмоции», так как эмоциональный разряд, если он возник, задержать невозможно. Можно задержать его компоненты, подчиняющиеся корковому конт-

ролю, но сам разряд обязательно разрешится, включая периферические органы.

«При длительных отрицательных эмоциях, — как говорил Г.Ф. Ланг, — происходит постепенное потенциирование, усиление какого-то преимущественно вегетативного пути, который делается перевозбужденным и появляется или гипертензивное состояние в отношении сосудов, или спастическое состояние в отношении кишечника».

П.К. Анохин развивает идею эмоционального комплекса, который является центральным в эмоциональной жизни человека. Этот комплекс обладает мощным в энергетическом отношении возбуждением и мобилизует не только то, что связано с ним адекватными связями в прошлом опыте. Будучи задерлсанным во времени, он может расширять свои территориальные связи с новыми корковыми синаптическими организациями. В этот цикл все с большей интенсивностью вовлекаются как вегетативные компоненты, например — сосуды и кишечник («медвежья болезнь»), так и соматические, такие как мимика, речь, движения. П.К. Анохин разделяет компоненты эмоционального разряда на «управляемые» и «неуправляемые». Сам человек легко может подавить выражение эмоции на лице, но ему не удается это сделать в отношении сосудистого или кишечного компонента эмоций.

Однако, не все личности обладают способностью тормозить внешние проявления эмоций. Среди многообразия типов личностей встречаются такие, которые в силу особенностей воспитания и других факторов развития склонны тормозить внешние проявления эмоциональных реакций.

Социопсихосоматика. По мнению некоторых авторов, социопсихосоматика начинается тогда, когда человек, который озабочен состоянием здоровья, который болен или чувствует себя больным, во взаимодействии с врачом или медицинским работником осознает свою уязвимость, в том числе относительно своих человеческих и социальных проблем. Можно сказать, что таким образом, психосоматическая болезнь является следствием неправильного развития отношений между индивидуумом и социальными структурами, в которые он включен.

Психосоматическая медицина различает три группы психосоматических расстройств. Это конверсионные сим-

птомы, функциональные синдромы (органные неврозы), психосоматические заболевания (психосоматозы).

При конверсионных симптомах невротический конфликт получает вторичный соматический ответ и переработку (В. Пельдингер, Ф. Крегер). Симптом имеет символический характер, а демонстрация симптомов может пониматься как попытка разрешения самого конфликта. Отнесение конверсионных симптомов к психосоматическим можно назвать обоснованным, когда они не сопровождаются иными диссоциативными расстройствами, в частности психопатологическими, такими как амнезия, транс, и т.д. В ином же случае их необходимо рассматривать как невротические.

А функциональные синдромы являются наиболее типичными и хорошо известными врачам общей практики. Они представляют собой набор симптомов, затрагивающих разные органы и системы. Напрмер, сердечно-сосудистую, желудочно-кишечную, дыхательную, мочеполовую и двигательную.

Из расстройств сердечно-сосудистой системы типичными могут являться так называемые «неврозы сердца», гиперкинетический сердечный синдром, также пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии и известный чуть ли не всем синдром вегетативно-сосудистой дистонии. В понятие «невроза сердца», или функциональных нарушений сердечного ритма включают нарушения сердечной деятельности, проявляющиеся тахикардией, ощущением учащенного сердцебиения, сердечными спазмами и короткими аритмиями. Например, пациенты указывают на чувство сдавливания в области сердца, сопровождающееся одышкой, разнообразными парестезиями, страхом удушья и развития инфаркта миокарда. А наиболее распространенным считается и является синдром вегетативно-сосудистой дистонии. С учетом же разделения вегетативной нервной системы на симпатический и парасимпатический отделы и преобладание в клинической картине проявлений затронутости одного из них, синдром вегето-сосудиетой дистонии проявляется в двух формах. Это формы симпатикотоническая и вагоинсулярная. При симпатикотонической форме преобладают бледность и сухость кожи, похолодание конечностей, блеск глаз и легкий экзофтальм, неустойчивость температуры. Также

склонность к тахикардии, тенденция к повышению артериального давления, мышечная дрожь, парестезии, зябкость, неприятные ощущения в области сердца. Для ваготонии могут быть характерны холодная, влажная, бледная кожа, гипергидроз и гиперсаливация, яркий красный дермографизм, брадикардия, тенденция к артериальной гипотонии, дыхательная аритмия. Также склонность к обморокам и прибавке в весе.

Психосоматика — это направление медицинской психологии, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение ряда соматических заболеваний. Например: бронхиальной астмы, гипертонической болезни, стенокардии, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, язвенного колита, нейродермита, неспецифического хронического полиартрита.

Важно отметить, что психологические факторы играют роль и при других заболеваниях, таких как мигрени, эндокринные расстройства, злокачественные новообразования.

Однако, при этом следует различать истинные психосоматозы, возникновение которых определяется психическими факторами и лечение которых должно быть направлено прежде всего на их устранение и коррекцию, чем занимается ***психотерапия и психофармакология.*** И остальные заболевания, включая инфекционные, на динамику которых психические и поведенческие факторы оказывают большое воздействие. При этом меняя неспецифическую резистентность организма, и которые, однако, не являются первопричиной их возникновения.

Существует несколько теорий, объясняющих происхождение психосоматических заболеваний.

Согласно одной из них, психосоматические заболевания являются следствием стресса, обусловленного длительно действующими и непреодолимыми психотравмами.

Другая теория связывает возникновение психосоматических заболеваний с внутренним конфликтом между одинаковыми по интенсивности, но разнонаправленными мотивами индивида. Предполагается, что некоторые типы мотивационных конфликтов специфичны для отдельных форм психосоматических заболеваний. Так, гипертоническую болезнь связывают с наличием конфликта между высоким социальным контролем поведения и не реализо-

ванной потребностью индивида во власти. Нереализованная потребность вызывает агрессивность, проявить которую человек не может из-за социальных установок. Например, язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки связывают с неприемлемой для самовосприятия потребностью в защите и покровительстве. При этом, в отличие от неврозов, в основе которых также лежит интралсихический конфликт, при психосоматических заболеваниях происходит двойное вытеснение — не только неприемлемого для сознания мотива, но и невротической тревоги. Также и всего невротического поведения.

Согласно третьей теории, неразрешимый конфликт мотивов — как и неустранимый стресс, порождает, в конечном итоге, психологическую реакцию капитуляции. То есть, отказ от поискового поведения, что создает наиболее общую предпосылку к развитию психосоматических заболеваний. Это может проявляться в виде явной или маскированной депрессии. А поражение тех или других органов и систем обусловлено генетическими факторами или особенностями онтогенетического развития, которые определяют, в частности, и недостаточность механизмов психологической защиты.

Психосоматические расстройства — нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых в наибольшей степени связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической психологической травмы, специфическими особенностями эмоционального реагирования личности.

Важно отметить, что представление о тесной взаимосвязи самочувствия человека с его психическим, прежде всего эмоциональным, состоянием является одним из важнейших в современной медицине и медицинской психологии.

Изменения в психосоматической регуляции лежат в основе возникновения психосоматических болезней, или психосоматозов.

В общем виде механизм возникновения психосоматозов может быть определенным и представлен следующим образом. Психический стрессовый фактор вызывает аффективное напряжение, активизирующее нейроэндокринную и вегетативную нервную систему с последующими

изменениями в сосудистой системе и во внутренних органах. При этом первоначально эти изменения носят функциональный, обратимый характер, однако при продолжительном и частом повторении они могут стать органическими, необратимыми.

Психосоматозы и лежащие в их основе психосоматические расстройства принято многими разделять на три группы. Первая — это органические психосоматические заболевания, такие, как гипертония, язвенная болезнь, бронхиальная астма и др., в развитии которых важную роль играют психогенные факторы. Вторая — это психосоматические функциональные расстройства, вегетативные неврозы. А третья группа — это психосоматические расстройства, связанные с особенностями эмоционально-личностного реагирования и поведения, это также склонность к травмам, алкоголизм и др.

Изучение психологических механизмов и факторов возникновения и течения болезней лежат в основе психосоматического направления в медицине и психологии.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте понятие болезни.
2. Дайте классификацию болезней.
3. Дайте понятие здоровья.
4. Что такое психологическое здоровье?
5. Что такое психосоматика?
6. Сформулируйте, что такое психосоматические заболевания?
7. Дайте определение психосоматических расстройств.
8. Что Вы знаете о психосоматической проблематике?

ГЛАВА 3. ПАТОПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ

Патопсихология — *это раздел медицинской* ***психологии***, *изучающий закономерности распада психической деятельности и свойств личности при болезнях. Анализ патологических изменений осуществляется на основе сопоставления с характером формирования и протекания психических процессов, состояний и свойств личности в норме. Патопсихология вскрывает характер про-*

текания и особенности структуры психических процессов, приводящих к наблюдаемым в клинике симптомам.

Патопсихология изучает психические расстройства в первую очередь экспериментально-психологическими методами. Прикладное значение патопсихологии в практике медицины проявляется в использовании полученных в эксперименте данных для дифференциальной диагностики расстройств психики, установления степени выраженности психического дефекта в интересах экспертизы, например военной, трудовой, судебной, а также оценки эффективности проводимого лечения по объективным характеристикам динамики психического состояния, больных, анализа возможностей личности больного с точки зрения ее сохранных сторон и перспектив компенсации утраченных свойств в целях выбора оптимальных ***психотерапевтических мероприятий,*** проведения индивидуальной психологической реабилитации.

Значение патопсихологических исследований для психологии заключается в возможности более глубокого познания закономерностей функционирования и развития нормальной психики, изучение категорий «психической нормы», «психического здоровья», а также факторов, активизирующих или тормозящих развитие личности в ходе онтогенеза и социогенеза.

Основы современной патопсихологии заложены в трудах отечественных психологов, таких, как А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник и др.

Неблагоприятные условия социального плана способствуют формированию патологического характера, то есть патохарактерологическому развитию личности. У таких лиц наблюдается определенный дефицит тормозного процесса и преобладает повышенная возбудимость. Они с трудом, особенно в подростковом возрасте, адаптируются в коллективе.

У лиц тормозного типа преобладают тревожно-мнительные черты, они склонны к тревоге и сомнениям, у них часто отмечаются астенические декомпенсации, иногда выявляется истероидность в эмоциональных реакциях и поведении.

Патохарактерологическое развитие может быть обусловлено длительно текущим болезненным процессом с преобладанием в клинической картине невротических или

неврозоподобных реакций. Этот тип называют невротическим патохарактерологическим развитием личности.

Особая форма развития отмечается у лиц, страдающих с детства слепотой, глухонемотой, грубыми дефектами (уродствами) лица. В силу своего дефекта, играющего доминирующую роль в общении с людьми, эту форму патохарактерологического развития называют депривационной (В.Ф. Матвеев).

Особенностью патохарактерологического развития личности является относительная динамичность личностных свойств, возможность коррекции патологических черт характера под влиянием благоприятных социальных факторов, значительного улучшения состояния здоровья и при проведении комплекса психокорригирующих и медикаментозных мероприятий.

Большой вклад в изучение различных видов личностной патологии внесли выдающиеся отечественные ученые-клиницисты: П.М. Балинский, В.Х. Кандинский, С.С. Корсаков, С.А. Суханов, П.Б. Ганнушкин, О.В. Кербиков. Значительную роль в учении об аномалиях психического развития — психопатиях сыграл П.Б. Ганнушкин. Он считал, что о психопатии можно говорить только в том случае, когда вся личность, во всех ее проявлениях представляется аномальной. Отдельные черты ее не дают основания судить обо всем характере. П.Б. Ганнушкин впервые обосновал принцип динамичности в учении о психопатиях, рассматривая их как сплав врожденных и приобретенных особенностей личности.

Психопатия* Психопатия — болезненное уродство характера (при сохранении интеллекта человека), в результате которого резко нарушаются взаимоотношения с окружающими людьми, вплоть до социальной опасности для окружающих.

При психопатиях характерным является склонность к странному и необычному поведению, к резким изменениям настроения без соответствующих к тому причин, что приводит к нарушению контакта психопатической личности с другими людьми и препятствует нормальной деятельности. Это накладывает отпечаток на всю жизнь психопата. О.В. Кербиков предложил психопатов разграничить на *две группы: возбудимые и тормозные.*

К возбудимым психопатам относятся взрывчатые психопатические личности, которые в случае декомпенсации дают бурные реакции по ничтожному поводу, не выносят никаких препятствий их желаниям. При этом они выявляют тенденцию к агрессивным действиям по отношению к окружающим. Находясь в возбужденном состоянии, наносят себе повреждения, бьются головой о пол, рвут одежду и т.д. Патофизиологической основой является слабость коркового торможения.

К *тормозным психопатам относятся* астенические, психастенические, истерические, паранойяльные личности. У этих лиц ослаблены или нарушены основные нервные процессы (возбуждение и торможение) с образованием быстро истощаемых или застойных очагов возбуждения.

Следует отметить, что различные варианты патохарактерологического развития личности, как и разные степени выраженности декомпенсации психопатии и давности болезненного состояния, практически почти всегда встречаются в соматических отделениях (терапевтических, хирургических, акушерско-гинекологических и др.).

Основной болезненный процесс нередко обостряет характерологические особенности. Такие больные повышенно требовательны, капризны, эмоционально не сдержаны, грубят персоналу, допускают нарушения режима. Тактика персонала при общении с такими лицами должна быть сугубо индивидуальной.

Для нормализации отношений достаточно бывает психотерапевтической беседы медицинской сестры, иногда целесообразно попросить врача, чтобы он побеседовал с таким больным. Таких больных в палате не должно быть более одного. Целесообразно под каким-либо благовидным предлогом разместить их в разных палатах. При выраженных декомпенсациях состояния необходимы консультация психиатра, назначение медикаментозных средств. Акцентуированные личности режима, как правило, не нарушают, однако на фоне основного заболевания у них могут развиться повышенная эмоциональная лабильность, обостриться навязчивые или ипохондрические переживания, которые также требуют внимания медицинского персонала.

Для среднего медицинского работника важно при общении с таким больным сохранить максимум терпения, выдержки. Следует помнить, что больной нуждается в лечении, и медицинский работник, несмотря на все трудности, обязан оказать ему необходимую помощь.

Неврозы. Группа «пограничных» функциональных нервно-психических расстройств, проявляющихся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений. В этиологии неврозов определенную роль играют факторы биологические (наследственность и конституция, длительные соматические заболевания); социально-психологические факторы (неблагоприятные семейные обстоятельства, неправильное воспитание и т.д.); психологические факторы (преморбидные особенности личности, психические травмы и т.п.). Характерно сочетание нарушений высшей нервной деятельности и соматовегетативные расстройства с субъективными переживаниями, такими, как повышенная тревожность, чувство неполноценности, переживаниями, связанными с конфликтной психотравмирующей ситуацией.

В обычных жизненных условиях большое количество или частая смена сильных раздражителей могут вызвать расстройство и здоровой системы. Средние раздражители, которые не вызывают расстройств у здорового, могут оказаться сильными для людей с врожденной слабостью системы (коры) или при истощении нервной системы от различных экзогенных (внешних) и эндогенных (внутренних) вредных воздействий (инфекционных болезней, наследственных и хронических заболеваний, хронических отравлений, например, алкоголизма, и т.д.).

Кроме двух типов уравновешенной нервной системы, соответствующих сангвиническому и флегматическому темпераментам, Павлов устанавливает и наличие двух других, неуравновешенных типов, соответствующих холерическому и меланхолическому темпераментам. Возбудимый тип теряет способность торможения, в то время как он необыкновенно и чрезмерно возбудим, а тормозный тип теряет способность к возбудимости.

Нельзя сводить всю этимологию неврозов только к расстройству равновесия между нервными процессами возбуждения и торможения, другими словами, нельзя сво-

дить всю систему патогенеза неврозов и психозов только к телесным расстройствам, то есть расстройствам функций головного мозга. С «энергетической точки зрения» неврозы основаны на аномалиях циркуляции нервного или психического тока энергии. Всякое расстройство обмена нервной энергии должно действовать на нервно-психические функции, и так оно и есть на самом деле.

Под влиянием энергетической теории Вильгельма Оствальда и идей русского философа и филолога И. Грота, внесшего понятие энергии в психологию, Бехтерев построил хорошо обоснованную теорию психической энергии в своей книге «Психика и жизнь». Он говорит, что в душевной жизни мы имеем дело с субъективными явлениями, причину коих составляет особая, скрытая энергия, которая, в то же время, обусловливает и материальные изменения в мозге, идущие параллельно психическим процессам. Происхождение этой энергии остается для Бехтерева неизвестным, и он допускает превращение физических энергий в психическую энергию. По Бехтереву, физические энергии участвуют в питании мозга и в тех энергиях, которые воздействуют извне на органы внешних чувств. И в том, и в другом случае превращение физических энергий в энергию нервных центров идет параллельно с субъективными процессами в нашем сознании в виде общих чувств, ощущений и представлений.

Бехтерев допускает и обратный процесс превращения латентной психической энергии в физико-химических процессах организма, например, в мышечной работе, в теплоте и химических процессах в виде «нервного тока». Это близко к точке зрения древних философов, Гиппократа и Галена, когда говорит о том, что «латентная внутренняя энергия» происходит из энергии окружающей природы и в организме сама превращается в другие энергии.

Неврастения. «Нервная слабость». Вид невроза (астенический невроз) проявляется повышенной возбудимостью и раздражительностью в сочетании с быстрой утомляемостью и истощением. К. Ясперс отмечал следующие черты неврастении: «раздражительную слабость», описанную у старых авторов, чрезмерную чувствительность и возбудимость, мучительную чувствительность, ненормально легкую отзывчивость на всякое раздражение с

одной стороны, и ненормально быструю утомляемость и медленность восстановления, многочисленные неприятные ощущения и боли, чувство тяжести в голове, общую подавленность и разбитость, чувство слабости с другой стороны. Соматические расстройства при неврастении так явны, что Флери считает ее телесной болезнью, главным признаком которой является утомляемость **и** слабость.

Неврастения является следствием перенапряжения, истощения нервной ситемы, переутомления.

Психастения. Невроз навязчивых состояний. Проявляется в стойких тревожных **мыслях,** страхах, нерешительности. Внутренние **фрустрационные** конфликты **и** противоречия обуславливают **возникновение** психастении. Для психастенического **симптомо**-комплекса Ясперс считает характерным **отсутствие общей** сопротивляемости против переживаний. Исчезает уверенность в себе и решимость; сомнение **и** фобия (боязнь) делают деятельность невозможной. Психастеник избегает общества, проводит время в самонаблюдении и самоанализе, копаясь в своих ощущения **и** чувствах, которым здоровый человек не уделяет внимания. Возникает страх перед всякой деятельностью, выбором, решением и действием. Мечтательность увеличивает стремление к одиночеству.

Налицо отсутствие контроля ума, как и при неврастении, отсутствие желаний и стремлений, слабость или отсутствие воли **и** силы, гипобулия или абулия, имагинативность, то есть чрезмерная фантазия.

Истерия.

Патологическое состояние психики человека, характеризующееся повышенной внушаемостью, слабостью сознательной регуляции поведения. Для истерии характерно несоответствие между малой глубиной переживаний и яркостью их внешних выражений, таких как: громкие крики, плач, мнимые обмороки, выразительные жесты по поводу незначительных, в действительности маловолнующих истерика событий. Типичные проявления истерии — стремление любым способом привлечь к себе внимание, театральность поведения, «игра в переживания».

Связь истерии с эмотивной жизнью сильнее, чем при неврастении, и ведет больных к эмотивному шоку. Эмотивный шок необходим для разрядки эмотивной насыщен-

ности, в интеллектуальной сфере наблюдается сужение поля сознания, поглощение сознания и психики в аффекте, легкая внушаемость и самовнушаемость. По Форелю, истерия есть диссоциативная слабость мозга, которая и обуславливает легкую внушаемость и самовнушаемостъ, соматические расстройства при истерии и в другой сфере.

Если это стремление выражается в словах и действиях, то обнаруживается театральная сущность субъекта, больной начинает играть роль. Постепенно он входит в свою роль, начинает верить в свое фальшивое Я, вкладывая в него другое, выдуманное содержание, и удивляется, что окружающие не находят в нем того, что он сам находит в себе. Отсюда и стремление к необыкновенному, фешенебельному, влечение к скандалу, шуму и различным крайностям в обыденной жизни. Ясперс говорит, что истерик чувствует себя несчастным, если его не замечают, хотя бы только на время, не уделяют ему внимание.

Если у истерика нет ничего другого под рукою, то он пытается привлечь к себе хотя бы своей болезнью. Больные обманывают не только других, но и самих себя, теряя ощущение реальности и ставя фантазию на место действительности. Чем больше развивается истерическая театральность, тем меньше остается места для нормальных душевных движений.

Ценно признание истерии как состояния психизма. Все низшие формы оккультного психизма: медиумизм, тантрический транс и другие родственные истерии и появляются на истерической почве. Для истерии характерно понижение интеллектуальной сферы с повышением тимизма и эпитимизма (функций раздражительной и вожделенной сферы). В духовной сфере характерны страсти тщеславия, самовлюбленность.

Ипохондрия.

Состояние чрезмерного внимания к своему здоровью, страх перед неизлечимыми болезнями, например, канцерофобия, кардиофобия и т.д. При ипохондрии человек переоценивает тяжесть менее серьезного заболевания или убежден, что он страдает тяжелым недугом. В соответствии со степенью выраженности проявлений — от мнительности до бредовой убежденности, выделяют такие виды ипохондрии, как обессивная, депрессивная и бредовая. Ипо-

хондрия наблюдается при астено-невротических состояниях, психастенической психопатии, акцентуации характера, шизофрении и маниакально-депрессивном психозе. Головные боли, сердцебиения, чувство давления и слабости в брюшной полости, колотье в спине и груди, шум в ушах, мерцание век вырастают в серьезные болезни, внушают страх и ужас. Хотя ипохондрик телесно здоров, сам он считает себя больным. «Мнимый больной есть по своей сущности действительно больной» (К. Ясперс). Тяжелые случаи ипохондрии связаны с общим, философским пессимизмом. Ипохондрик видит все в черном свете и считает себя жертвой зла и несправедливости в мире. Различные «фобии», психическим субстратом которых является чувство страха, дополняют картину ипохондрии.

Ипохондрия как симптом, а не отдельная болезнь, примыкает, с одной стороны, к неврастении, а с другой — к истерии. Кроме чувства страха, для ипохондрии характерно ослабление жизненного тонуса.

Психозы.

Глубокое расстройство психики, проявляющееся в нарушении отражения реального мира, возможности его познания, изменении поведения и отношения к окружающему. Проявления психоза могут сопровождаться бредом, помрачением сознания, грубыми нарушениями памяти, мышления, изменениями эмоциональной сферы, бессмысленными и бесконтрольными поступками и пр. Психозы могут возникать вследствие первичного поражения головного мозга и вторичного его поражения в результате инфекций, отравлений, внутренних болезней, могут являться следствием конституциональной и наследственной предрасположенности. Развитие психоза возможно и после психической травмы, психогенные психозы.

Утверждение Павлова, что психозы суть лишь углубленные неврозы, справедливо. При неврозах налицо психические аномалии, и потому иногда их называют психоневрозами. При психозах наблюдается более сильное снижение активности, сужение интеллектуального горизонта до минимума, фиксация привычных реакций, повышение аффективной раздражительности вплоть до мании. Вегетативные расстройства при них выражены еще сильнее. Легкими формами психозов считают шизотимию и

циклотимию, соответствующие интровертированному и экстравертированному типу. Шизотимик груб, замкнут и угрюм, а циклотимик общителен. В основе психозов лежит, по Хасковцу, повреждение центра сознания, которое составляет часть мирового сознания. Дело не только в органических повреждениях или функциональном расстройстве высших центров, но и в психосоматических явлениях, аномалиях самого духа.

Аутизм.

Крайняя форма психологического отчуждения, выражающаяся в уходе индивида от контактов с окружающей действительностью и погружение в мир собственных переживаний. Термин введен швейцарским психиатром Э. Блейлером. Он ввел его для обозначения психических нарушений, связанных со сниженными возможностями больного произвольно управлять своим мышлением, отключаться от мучительных мыслей, сосредоточенных вокруг ограниченных тем и желаний, проявляющихся в попытке избежать любых контактов, отсутствии потребностей в совместной предметной деятельности.

Термин аутизм в норме используется для обозначения индивидуальных особенностей человека, заключающейся в большей ориентации на внутренние переживания и в большей зависимости мыслей от аффективных тенденций, ориентация на внутреннюю картину мира и внутренние критерии в оценке событий.

Аутизм есть та форма ментального расстройства, которая рассматривается как нарушение контакта с действительностью. Все неприятности, затруднения и несовершенства действительности компенсируются мечтательностью, то есть с помощью фантазии. Человек создает себе свой собственный мир, в котором все желания и стремления получают удовлетворение и осуществление.

Аутизм есть проявление своеобразной, патологической интроверсии.

Диссоциация.

Процесс дезинтеграции человека и раздвоение личности с особенной наглядностью выступает в феноменах раздвоения личности и деперсонализации, научно изученных и клинически проверенных. Развитие учения о личности, о человеческом «Я» связано с появлением персо-

налистической психологии и философии, с отказом от атомистических, ассоциационистических и синтетических теорий «Я» в духе Локка, Юма, Гуссерля и большинства психологов XIX века, и в этом направлении современной психологии видное место занимают труды Т.К. Остеррайха и др. Речь идет о центрирующей роли «Я» в психических состояниях и деятельности. О «Я», лежащем в основе психической жизни. Постоянным является тотальное чувство в виде «чувства жизни» и «чувства личности». Расстройства и торможения этих жизненных чувств лежат в основе жалоб на потерю себя, потерю своего «Я», личности. Больные жалуются, что исчезает самосознание, они чувствуют себя автоматами, размывается чувство действительности. Отдельные элементы «Я» становятся автономными и это ведет как бы к множественности «Я». У больных появляется вторичная система личности, которая ведет жизнь против воли индивидуума. Больные говорят о спутанности, нереальности мира чувств и мира восприятий. Субъект теряет господство над значительной частью своих душевных состояний. Появляется новое «Я», совершенно чуждое. Иногда возникает несколько новых «Я». Появляется теория о первичном и вторичном «Я» или учение о множественности личности, о главном и дочернем «Я», о дезинтеграции «Я». Таким образом, патологические состояния отчужденности могут привести к полной деперсонализации. Субъект реагирует противоречиво. Возникают как бы два параллельных мыслительных ряда. Отмечается также раздвоение при психастении, истерии, медиумизме, паралсихических состояниях и шизофрении. Оно идет или может идти параллельно с альтернированием — чередованием личности.

Для деперсонализации характерны «ненастоящие чувства», то есть идущие не из глубины «Я». Неясный, смутный мир, недействительный и призрачный. Человек и вещи представляются как фантомы, как будто туман перед глазами. Мир представляется измененным, мертвым и пустым, теневидным. Есть аналогия с «безындивидуальным состоянием» во время гипноза, точно на самом деле осуществляется «психология без души».

Особое место в психопатологии занимают вопросы, связанные с употреблением наркотиков.

Психотропные вещества могут ускорять передачу сенсорных сигналов, либо ее блокировать или видоизменять, либо мешать выполнять нервным центрам их функции. При многократном применении эти вещества вызывают физическую и психологическую зависимость. Физическая зависимость возникает вследствие того, что наркотики влияют на нейромедиаторы мозга, вызывают такое изменение в функционировании нейромедиаторов, что организм не может обходиться без наркотика, и если прекратить его введение сразу, то возникает синдром абстиненции, иногда со смертельным исходом. Психологическая же зависимость выражается в стремлении употреблять наркотик ради удовольствия или чувства удовлетворения, которое он доставляет.

Употребление психотропных веществ приводит к развитию толерантности: организм становится все более устойчивым к их воздействию, и для достижения желаемого эффекта требуются все большие дозы, однако передозировка часто приводит к смерти.

Вообще, психопатологические синдромы — это совокупности отдельных симтомов нарушения психической деятельности. Проявление определенных психопатологических синдромов зависит от возраста человека, особенностей его психического склада, стадии болезни и т.д. Сочетание психопатологических синдромов создает клиническую картину различных психических заболеваний. Однако каждое заболевание характеризуется определенной совокупностью и типичной последовательностью — сменой синдромов.

Исследование личности.

Основным в исследовании остается метод беседы, в процессе которой выясняется история развития личности, начиная от раннего детства, а также разнообразные психодиагностические методы. Могут уточняться характерологические особенности на всех этапах развития — школа, вуз, производственный коллектив, устанавливается характер отношения родителей, обстановка в семье, характерологические особенности родителей.

Более точные данные о свойствах личности больного могут быть получены методом лабораторного эксперимента. Важное место при изучении личности больного

занимает наблюдение за ним. Используется также метод анализа продуктов деятельности больного: дневники, письма, заявления, рисунки, чертежи. Сопоставление и анализ всех полученных фактов дает объективное представление о личности.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ и ЗАДАНИЯ

1. Дайте определение патопсихологии.
2. Расскажите о психопатии.
3. Расскажите о психастении и истерии.
4. Что такое диссоциация и аутизм?
5. Что Вы знаете о психозах и неврозах?
6. Расскажите об исследованиях личности.

ГЛАВА 4. ПСИХОЛОГИЯ СОМАТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

1. ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ БОЛЬНЫХ

Среди переживаний больных характерным может быть то, что больные высказывают тревожные мысли об опасной, смертельной болезни, несмотря на отрицание врачом такого рода заключения. Как правило, это могут быть мысли о раке, при наличии, скажем, у больных каких-либо нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта или органов грудной клетки. Опасения могут возникать также по поводу тяжелой болезни сердца, а также наличии у больных аритмий и сердцебиений. Это может приводить к развитию ипохондрического состояния.

Опасения, тревога иногда определяют все поведение больного, при этом может развиться невроз в форме кардиофобии или канцерофобии. При кардиофобии больные опасаются оставаться одни дома, выходить без провожатого на улицу. В других случаях тревога больного связана с мыслями о возможности потери трудоспособности, инвалидизации.

Медицинские работники должны формировать у больного правильное отношение к своей болезни. Необходимо повышать активность больных в рамках разумной борьбы за выздоровление.

Бывает, что у больных может существовать предвзятое мнение о том, что о некоторых заболеваниях говорить с врачом «неэтично» или «неприлично». К таким *болезням относятся* венерические, гинекологические заболевания, импотенция и др. При этом расстройства усугубляются и принимают хроническое течение, трудно поддающееся лечению. Нежелание обращаться к врачу-психиатру встречается из-за боязни, что кто-нибудь из знакомых об этом узнает. Хотя чаще речь идет о различных пограничных заболеваниях, таких как невротические состояния, неврозы, психопатии и др. Больные, страдающие расстройствами в сексуальной сфере, стесняются признать наличие их даже перед близкими людьми. Это может приводить к переоценке болезни, к уходу в нее и к дальнейшему углублению нарушений.

Следут отметить, что *отрицательное влияние на психику больного оказывает боль.* Боль воспринимается как сигнал начинающейся опасности для жизни. Больной, страдающий от болей, остро реагирует на внешние воздействия, такие как громкие звуки, яркий свет, иногда прикосновения. Часто истощение нервной системы, возникающее как от самого процесса болезни, так и от болей, сопровождается выраженной раздражительностью, и т.д. Больные могут быть эгоцентричны, болезненно капризны, все их внимание сосредоточено на болевых ощущениях.

При выяснении отношения к болезни может быть важна оценка личности и поведения больного. Например, повышенная мнительность, впечатлительность больного. Это выясняется путем опроса больного и его родных, наблюдая поведение больного. При подавленном настроении больного необходимо попытаться выяснить его причины и морально поддержать его.

Нужно быть осторожным при депрессивном синдроме. Угнетенное, тоскливое настроение, особенно по утрам, двигательная и идеомоторная заторможенность — может быть не исключена возможность суицидальной попытки. При пониженном настроении больного, находящегося на стационарном лечении, особенно важно учесть, как могут действовать на его настроение посещения родных, друзей. Это необходимо сообщить врачу, чтобы выработать тактику регулярности посещения. Важно учитывать

и отношение больного к соседям по палате, при необходимости менять окружение. Значение имеет и знание медицинской сестры о состоянии аппетита и сна больного и даже о характере сновидений, в них могут отражаться переживания больного.

Характер соматического заболевания может приводить к изменениям в психике больного. Например, при туберкулезе отмечается быстрая утомляемость и раздражительность, эмоциональная неустойчивость — то эйфория, то пониженное настроение. Больные с хроническими заболеваниями склонны придавать значение словам окружающих относительно их внешнего вида, а также работоспособности, изменений характера и т.д. Может быть, достаточно одного подозрительного, с их точки зрения, взгляда окружающих, чтобы насторожить больного, усилить его сомнения.

При острых заболеваниях возможен большой диапазон расстройств в психической сфере больного —- от легкой астении до выраженных психозов с глубоким помрачением сознания, бредовыми, галлюцинаторными переживаниями, двигательным возбуждением, другими симптомами. Следует вырабатывать определенную тактику поведения по отношению к таким больным с учетом их состояния и возможного неправильного поведения.

Нарушения психики могут наблюдаться также и при острых хирургических и терапевтических заболеваниях.

Характерологические особенности отмечены у больных с различными физическими дефектами и аномалиями органов чувств. Сильные дефекты лица, глухота, слепота, искривление позвоночника и др. Одними из основных психических свойств таких больных являются повышенная ранимость, подозрительность и фиксация на своем дефекте. Они могут часто уединяться, так как в обществе им бывает тяжело. И им кажется, что на них смотрят, жалеют или осуждают. Более спокойно они себя чувствуют в кругу таких же больных. Следует отметить, что постоянная психическая напряженность создает основу для развития невротических реакций и депрессии.

В некоторых экспериментах было показано, что эффективность действия лекарственных веществ может зависеть от психического состояния субъекта. Вера чело-

века в положительное действие лекарств может завышать истинный лечебный эффект и тем самым давать повод для ошибок в понимании механизма действия лекарственного вещества. Это ввело в практику исследований вещество — «плацебо».

Плацебо — это контрольное вещество, которое по внешним свойствам — цвету, запаху, вкусу — сходно с реальным лекарственным препаратом. Так называемый ***эффект плацебо*** сказывается на всех людях. Однако, он имеет определенный диапазон колебаний, который определяется степенью веры исследуемого или больного в этот эффект.

Аутопластическая картина болезни является картиной субъективного восприятия ее больным (Гольдшейдер, Лурия). Аутопластическая картина болезни имеет следующие стороны: сензитивную (локальные боли и расстройства — по закону распространения импульсов в более периферических отделах нервной системы); эмоциональную (эмоциональные переживания); волевую (усилие справиться с болезнью, позаботиться об обследовании и лечении); рациональную и информативную (знания о болезни, ее оценка).

Такое расчленение аутопластической картины болезни несколько схематично. На самом деле психические процессы всех этих областей переплетаются в различных комбинациях. Примером «вертикальной» связи может являться факт рационализации, где рациональный компонент в большей или меньшей степени бессознательно управляется эмоциональными процессами. Например, больной уклоняется от хирургического вмешательства и «объясняет» это тем, что не верит в успешный исход операции, и при этом не признается, что главной причиной является страх перед операцией.

Можно проследить особенности поведения и возможные психологические реакции в рамках лечебной деятельности на протяжении ее нескольких этапов или фаз, во времени следующих один за другим.

1. ***Премедицинская фаза.*** В данной фазе появляются первые, еле заметные жалобы и признаки. Возникают вопросы: «Что делать?» «Чего мне не хватает?», «Не болен ли Я?», «Должен ли я пойти к врачу?». Человек размышляет, даже фантазирует, у него проявляется беспокойство. На этом этапе человек пытается бороться с

болезнью. С этими вопросами связываются различные неопределенного характера воспоминания, переживания и фантазии. При этом, если больной поделится с кем-нибудь своими опасениями, то часто он получит противоположные советы от родственников, соседей и сотрудников. Иногда у больных отмечается и кажущаяся беззаботность. Постепенно у больного складывается определенное представление о заболевании. Об этой фазе в своей работе сообщает И. Харди.

2. ***Резкая перемена жизненного стиля.*** Наступает, как правило, при установлении нетрудоспособности или при госпитализации. Речь часто идет о внезапном переходе от здоровья к болезни. А в других случаях речь идет о переходе в такую стадию болезни, когда больной бывает изолирован от работы, от семьи, не имеет уверенности в прогнозе и характере своего заболевания и его последствий для дальнейшей жизни. Это происходит независимо от того, касается ли это трудоустройства или ситуации в супружеской жизни и в семье. Часто больной пытается приобрести расположение медицинского персонала тем, что проявляет к ним симпатию и завязывает с ними психологический контакт. Медицинские работники часто такое поведение больного расценивают как назойливость и продуманную навязчивость, хотя в действительности речь идет о проявлении потребности найти уверенность и чувство безопасности и обеспечивать себе опору в тех людях, от которых зависит здоровье и даже жизнь больного. У людей, бывших до этого времени вполне здоровыми, встречается повышенная неуверенность, опасения, страхи и тревога, так как болезнь для них явилась неожиданным психическим потрясением.

3. ***Активная адаптация.*** При этой фазе острые и мучительные симптомы болезни постепенно уменьшаются, а если они с начала заболевания имели более умеренный характер, то уже не беспокоят больного в такой степени. Пациент привыкает к ним, потому что приспособился к факту болезни. Он адаптируется также и к больничной среде. Поддерживает в себе надежду на выздоровление и создает при благоприятных условиях по-

ложительное отношение к медицинскому персоналу. Например, по данным Стрнада, изучившего 276 больных, примерно около 75% госпитализированных пациентов адаптируется до 5 дней. Быстрее всего адаптируются рабочие, а затем больные, госпитализируемые повторно. Причем госпитализированные повторно в большинстве своем привыкали к больничной среде уже в течение первого дня госпитализации. 75% больных рабочих сообщали, что им не мешает размещение в многоместной палате. И то же самое отметили 54% больных, занимающихся умственным трудом.

А если состояние больного не улучшается и даже наступает ухудшение, то больной может переживать психическую декомпенсацию.

4. ***Психическая декомпенсация.*** У больного человека может возникать чувство обманутых надежд, в нем усиливаются отрицательные ощущения, которые он испытывал в начале болезни. Кроме того, возникает неуверенность и страх, он утрачивает веру в лечение, во врача и в медицинской персонал. При этом человек становится импульсивным, нетерпеливым и несправедливым, приобретает склонность провоцировать медицинский персонал, повторно обращается к нему по ничтожным поводам. Обращается к родственникам и знакомым, чтобы они «давили» на медицинский персонал. Бывает, требует перемены врача, лечения или больницы, сам углубляется в изучение своей болезни и пытается поучать врача.

Опасность этой фазы заключается в конфликте между медицинским работником и больным. Конфликт развивается, как правило, с таким врачом или медицинской сестрой, которые кажутся больному невнимательными, ироничными, не щадящими или не слишком квалифицированными. Об этих качествах больной судит иногда на основании некоторых незначительных или случайных внешних проявлений. В таком случае бывает хорошо, если персонал оказывается способным понимать, предвидеть и овладеть позицией больного и не дает ему излишних поводов для усиливания его реактивности, что не всегда бывает легко сделать, и требует психологических знаний, опыта и большой наблюдательности.

Больные, страдающие хроническим заболеванием, например, туберкулезом легких, могут переживать психическую декомпенсацию в специфических условиях санаторного лечения. Здесь имеется опасность определенной степени морального расслабления в сексуальной области, в злоупотреблении алкоголем. Причиной этого является недостаток положительной занятости для достижения ближайшей жизненной цели и избыток свободного времени. Например, медицинские работники, которые относятся к больному в зависимости от того, что показывает очередной рентгеновский снимок, конечно, этим проявляют односторонность. Строгий постельный режим без положительного наполнения такой психической области, как культура, развлечения, трудотерапия, расширение самоуправления больных, ведет к эмоциональным и моральным эксцессам.

Психическое равновесие больного укрепит интерес врача и сестер к его судьбе после окончания длительного лечения. Важное значение имеют советы, направленные на включение больного в трудовую жизнь и конкретные мероприятия, осуществляемые социальной сферой в тех областях, где в дальнейшем больной предполагает жить и работать.

5. ***Пассивная адаптация и капитуляция.*** Больной примиряется с тяжелой судьбой, перестает внутренне бороться за свое здоровье и способствовать лечению. Пациент становится равнодушным или негативно угрюмым.

2. ОБЩИЕ ОСОБЕННОСТИ психологии СОМАТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Больной человек отличается от здорового человека тем, что у него наряду с изменениями функционирования внутренних органов и самочувствия качественно меняется психическое состояние.

Субъективное отношение к болезни формируется на базе различных факторов, которые можно сгруппировать в группы. Социально-конституциональную группу и индивидуально-психологическую. При этом многие специалисты под социально-конституциональными параметрами понимают влияние пола, возраста и профессии человека, а под индивидуально-психологическими — свойства темперамента, особенности характера, качества личности, мировоззрение и др. Эти факторы имеют свои опреде-

ленные особенности. Поэтому необходимо коротко рассмотреть эти особенности.

Пол. Пол человека вполне оказывает влияние на субъективное отношение к болезни и формирование типа реагирования на заболевание.

К особенностям, имеющим определенные корреляции с полом человека, можно отнести такие, как лучшая переносимость женщинами болевого ощущения, состояний длительной ограниченности движений, обездвиженности. Что вполне может объясняться психофизиологическими особенностями пола, а также и психологическими традициями роли женщины и мужчины в определенных общественных отношениях и культурах.

Мужчины же гораздо хуже, чем женщины эмоционально переносят длительный период ограничения движений и полной обездвиженности. 1^го наблюдается в травматологических отделениях, когда пациенту приходится находиться в вынужденной позе в течение нескольких месяцев.

Надо сказать, что физическая болезнь или увечье часто меняют субъективную ценность различных частей тела. С психологической точки зрения, на самооценку человека и его ценностные представления о различных частях собственного тела могут оказывать психотравмирующие факторы при возникновении какого-либо дефекта в человеческом теле.

Следует отметить, что по результатам некоторых психологических экспериментов наиболее ценными для людей оказались нога, глаз и рука. При этом психически больные люди менее ценно оценивали тело, чем нормальные испытуемые. Женщины оценивали тело важнее, чем мужчины. Другие исследования показали, что около 1000 мужчин и 1000 женщин должны были квалифицировать в соответствии с их значимостью 12 частей тела. Получили такие результаты — мужчины оценили половой член, яички и язык как наиболее важные. Оценка не зависела от возраста, только у старых людей снижалась оценка половых органов. А у женщин оценки оказались менее определенными. Лишь у тех, чей возраст перешагнул 70-тилетний рубеж, ценность языка оказывалась на первом месте. Кроме того, в процессе исследований было отмечено, что ценность отдельных телесных качеств может изменяться под влиянием общественных процессов.

Например, у японских женщин во время Второй мировой войны в образе тела полностью обесценилась грудь, при этом идеальной считалась плоская грудная клетка, вероятно потому, что женщины носили мужскую военную форму. А после окончания Второй мировой войны под влиянием западной культуры образ тела совсем изменился. Так, в 50-х годах японские женщины стремились иметь грудь в соответствии с так называемыми «голливудскими стандартами».

Возраст. Возрастные особенности человека важны при формировании субъективного отношения к болезни и становления определенного типа реагирования на нее. Например, есть данные, что для каждой возрастной группы существует свое представление о тяжести заболеваний. Некое распределение болезней по социально-психологической значимости и тяжести.

Например, для детей, подростков, юношей наиболее тяжелыми в психологическом отношении оказываются болезни, которые изменяют внешний вид человека, делают его непривлекательным. Это связано с системой ценностей, расстановкой приоритетов, имеющихся у больного молодого человека. Для него наивысшую ценность приобретает удовлетворение основополагающей потребности, такой, как удовлетворенность собственной внешностью. А наиболее тяжелые психологические реакции могут вызывать болезни, и не носящие с медицинской точки зрения угрозы для жизни человека. К ним относятся любые болезни, негативно изменяющие внешность — кожные, экземы, аллергии, калечащие травмы и операции, ожоги и т.д. Ни в каком другом возрасте не наблюдается более тяжелых психологических реакций человека на появление у него на коже лица фурункулов, угрей.

Интересным примером отражения психологической значимости внешности для самоутверждения подростка и молодого человека, а также реагирования его на внешнюю непривлекательность, может быть существование в этой возрастной группе такого психопатологического синдрома, как дисморфомания. Под дисморфоманическим синдромом понимают ложную убежденность человека в наличии у него уродства, чаще наблюдается у девушек. Ложная убежденность может распространяться на оценку пол-

ноты или диспропорций тела. Это убеждение толкает молодых людей на поиск способов похудения. При этом они часто истязают себя различными диетами, голоданием, физическими упражнениями. При этом в тех случаях, когда фактически по медицинским критериям не обнаруживают признаков избытка веса. А некоторые пациентки могут быть убеждены в том, что у них уродливое строение лица, носа, глаз, ушей, ног, рук и т.д. Такие пациентки добиваются хирургической коррекции мнимого дефекта.

Люди зрелого возраста психологически более тяжело будут реагировать на хронические заболевания и заболевания, ведущие к инвалидности. Это может быть связано с системой ценностей и отражает устремленность человека зрелого возраста удовлетворять социальные потребности. Такие потребности, как потребность в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности. Само удовлетворение этих потребностей может быть невозможным **с** появлением любой хронической или приводящей к инвалидности болезни. Психологически тяжелыми для лиц зрелого возраста являются также такие болезни, как онкологические, хронические соматические болезни и т.д.

Другой повышенно значимой группой заболеваний для зрелого человека считаются так называемые «стыдные» или «неприличные» болезни, к которым общество и сами больные часто относят венерические и психические заболевания. Психологическая реакция на них обусловлена чаще переживаниями по поводу того, как изменится социальный статус и авторитет заболевшего такой болезнью в случае, если об этом станет известно окружающим. Для некоторых людей стыдно болеть, например, геморроем. Есть группы населения — это, как правило, люди, занимающие руководящие посты, для некоторых из них стыдными являются болезни сердца. Это, вероятно, может быть связано с возможностью продвижения по службе.

А для пожилых и престарелых людей наиболее значимыми являются болезни, которые могут привести к смерти. Скажем, инфаркт, инсульт, злокачественные опухоли страшны для них не тем, что могут приводить к потере трудоспособности и работоспособности, а тем, что ассоциируются у данной возрастной группы со смертельным исходом.

Профессия. Профессия — довольно важный фактор. Человек часто оценивает тяжесть болезни, исходя из влияния симптомов заболевания на его настоящую и будущую трудоспособность. При этом значимой становится профессионально обусловленная ценность того или иного органа.

Например. Актер или певец может психологически более тяжело переносить ангину или бронхит, чем гастрит или язву желудка. Связано это с тем, как существенно влияют симптомы болезни на качество исполнения профессиональных обязанностей. А, скажем, для спортсмена или человека, занятого активным физическим трудом, более значимым может оказаться скорее остеохондроз позвоночника, нежели депрессия. Для человека творческой профессии — совсем наоборот. Вероятно, что альпинист более остро будет переживать гипертоническую болезнь и церебральный атеросклероз с частыми кризами и симптомом головокружения, чем кондуктор в транспорте. И т,д.

Особенности личности. Особенности *темперамента*. Необходимо отметить, что к значимым для выработки определенного типа психического реагирования на заболевание параметрам темперамента можно отнести такие, как эмоциональность, переносимость боли. Признак эмоциональности и ограничения движений, и обездвиженности, отражающий параметр активности.

А субъективное чувство интенсивности ощущаемой боли оказывает влияние на степень сосредоточения внимания человека на этом ощущении и, как следствие, на ее переносимости. Отметим, что *экстраверты **и** интроверты* по разному реагируют на боль. По мнению известного психолога Айзенка, экстраверты воспринимают все уровни стимуляции менее интенсивно, чем интроверты.

Разное восприятие боли у людей зависит от различных болевых порогов у разных людей. Например, у одного человека в силу его психофизиологических особенностей может быть низкий порог, и он испытывает боль при небольшом повреждении или воздействии извне. А у другого — высокий порог, он чувствует боль только при серьезном повреждении. Часто порог болевой чувствительности может коррелировать с уровнем эмоциональности. В рамках известных типов темперамента некоторые исследования показали, что более низкие боле-

вые пороги у холерика и меланхолика по сравнению с сангвиником и флегматиком.

Составной частью темперамента является параметр общей двигательной активности. Режим двигательной активности, подвижность, скорость движений, другие моторные характеристики человека, которые обусловлены наследственными психофизиологическими факторами. Скажем, ограничение подвижности или обездвиженность, вызванные болезнью, могут служить психологической фрустрацией для людей, чей двигательный режим нацелен на быстроту действий и склонность к физическим нагрузкам. А некоторыми исследователями плохая переносимость вынужденного ограничения движений относится к свойствам экстраверсии или интроверсии.

Особенности характера. Феноменологическая и синдромологическая особенность типа психического реагирования на заболевание зависит и от особенностей характера человека. А тип акцентуации может влиять на тип реагирования. Следует отметить, что субъективное отношение к болезни формируется также на основании семейного воспитании. В частности, воспитания отношения к болезням, способам переносимости болезней, и т.д.

Можно привести две противоположные семейные традиции воспитания субъективного отношения к болезням. Некоторые авторы называют такие традиции «стоическая» и «ипохондрическая». В одной из них ребенок постоянно поощряется за поведение, направленное на самостоятельное преодоление недугов, плохого самочувствия. Противоположна ей другая семейная традиция — формирование сверхценного отношения к здоровью. При этом родителями поощряется внимательное отношение к состоянию свою здоровья, тщательность в оценке болезненных проявлений, выявления у себя первых признаков заболевания. А в семье ребенок обучается при малейшем изменении самочувствия обращать собственное внимание и внимание окружающих на болезненные проявления.

Можно сказать, что семейные традиции определяют своеобразную иерархию болезней по степени их тяжести. Например, к наиболее тяжелым болезням могут относиться не объективно тяжелые, а те, от которых чаще всего умирали или которыми чаще болели члены семьи. Вследствие этого,

субъективно наиболее значимой болезнью может оказаться гипертоническая болезнь, а не рак, инсульт, туберкулез или психическое заболевание. В семье, где есть прецеденты длительной и устойчивой ремиссии после лечения онкологического заболевания или даже выздоровление, подобная болезнь может оказаться менее психологически и даже психотравматически тяжелой, чем в семье с другой традицией, основанной на собственных наблюдениях.

Мировоззрение. Как уже отмечалось, к личностным особенностям относят ценностные ориентации человека, его морально-нравственные критерии и другие, социально обусловленные феномены. Из личностных особенностей, влияющих на формирование субъективного отношения к болезни, следует отметить мировоззрение. ***Психологические реакции на заболевание разнятся у глубоко верующих людей и атеистов.*** Верующие люди более психологически адекватно относятся к болезням, ведущим к смерти. А маловерующие и атеисты реагируют на появившуюся болезнь, которая может привести к утрате трудоспособности или даже к смерти, с обидой. Часто они начинают искать виновников заболевания, создают вокруг себя враждебную обстановку и сами психологически неадекватно реагируют.

Можно выделить несколько мировоззренческих установок в отношении происхождения заболеваний. Болезь рассматривается как кара, как испытание, как назидание другим, как расплата за грехи предков и т.д. Эти трактовки происхождения болезней могут быть основаны на вере в связь между поведением человека, его нравственностью и возникновением у него недуга.

К другой группе мировоззренческих установок можно отнести представление о болезнях как вызванных наследственными или средовыми причинами. Болезнь как неизбежность, болезнь как стечение обстоятельств или как собственная ошибка и т.п. В рамках этого мировоззрения происхождение болезней рассматривается сквозь причину внешней или внутренней заданности. Скажем, многие люди убеждены в том, что «дурная наследственность» является фатальным фактором в генезе заболеваний. При этом все, что происходит с человеком, трактуется на принципе наследственно-конституциональной причины. Дру-

гая тенденция — полностью отрицать значение наследственности и рассматривать возникновение болезни, основываясь на внешних факторах и поведении человека. Эти позиции отражают так называемую обывательскую ментальность, и являются стойкими и консервативными. А такая позиция, как «Сам виноват» может быть связана с «локусом контроля» человека.

Существует и мировоззренческая оценка механизмов происхождения заболеваний, основывающаяся на мистическом подходе к процессам этиопатогенеза. Распространены так называемые «народные представления», к таким представлениям относят — болезнь вследствие зависти, болезнь вследствие ревности, сглаза, порчи, магических воздействий. Это своего рода мифологическая или, как отмечают священнослужители, «языческая» установка. При этом подходе источники болезней видятся в предвзятом отношении родных, близких, окружающих, соседей, знакомых, родственников, сослуживцев к человеку, а также колдунов, «нехороших людей» и т.д. А сам процесс возникновения болезней рассматривается как экстраполяция «негативной» или «черной энергии» на реципиента.

Можно отметить, что в наше время в России широко распространено мистическое истолкование происхождения болезней и отсутствие у многих пациентов научного подхода к анализу причин его заболевания. Следует отметить, что к особенностям личности, влияющим на выбор типа психологического реагирования на заболевание, относятся и различные суеверия. Разнообразие этих суеверий довольно широко и включает мистическое, магическое — иррациональное истолкование истоков их болезни и др.

Образование и культура. Следует отметить, что уровень образования человека и уровень его культуры также оказывают влияние на оценку субъективной тяжести болезни. В особенности это относится к уровню медицинской образованности и культуры. В этом аспекте отрицательным в психологическом отношении оказываются крайности. Это и низкая медицинская культура, и высокая. Они с одинаковой вероятностью способны вызвать психологически тяжелые и даже неадекватные реакции. Механизмы же их будут различаться, в одном случае это будет связано с недостатком информированности, знаний, а в другом слу-

чае — с избытком информации о болезнях, их тяжести, течении, способах лечения и исходах болезней.

Болезнь меняет восприятие и отношение больного к окружающим событиям, к самому себе, в результате болезни создается для него особое положение среди близких людей, иное положение в обществе.

Наиболее общими изменениями психики у соматических больных можно считать перестройку интересов от внешнего мира к собственным ощущениям, к функциям собственного тела, к ограничению интересов. При этом происходят различные изменения всех сторон личности. При серьезной же угрозе жизни и благополучию может измениться восприятие времени в виде его ускорения или замедления.

Каждая болезнь, кроме типичных для нее клинических проявлений, всегда сопровождается большими или меньшими изменениями психики больного.

В некоторых случаях, например при органических поражениях центральной нервной системы, при эндогенных психических болезнях и при нейроинфекциях, изменения и расстройства психики могут быть обусловлены стойким и глубоким повреждением деятельности мозга. В других, в частности, на высоте острых общих инфекционных заболеваний и при массивных острых экзогенных интоксикациях, например, алкоголем, наркотиками, ядами, нарушения психики могут быть вызваны преходящими изменениями деятельности головного мозга. Однако, появление изменений психики при соматических болезнях не ограничивается этими двумя примерами.

Любая болезнь, даже если она не сопровождается разрушительными изменениями в биологических формах мозговой деятельности, ***обязательно видоизменяет психику больного*** вследствие появления новых, отсутствовавших до болезни форм реагирования больного на болезнь.

В таких случаях речь может идти о влиянии страхов, беспокойств, волнений больного на его личность. ***Аутопсихогении.*** Такго рода беспокойство имеет, как правило, сложный характер и включает в себя опасения индивидуальные. Например: «Чем мне угрожает болезнь?». Надо сказать, что эти опасения всегда и тесно взаимосвязаны с опасениями, имеющими общественный характер. Напри-

мер, в связи со сложившимся в обществе особым отношением к некой болезни, с особенностями ее социального звучания. Такой вариант опасений особенно ясно выступает при заразных, социально опасных болезнях, таких, как: спид, чума, холера, сифилис, туберкулез и др.

В клинической картине болезней эти особенности опасений больного проникают одна в другую, а каждая из них может приобретать качественно особое значение.

Например, даже ангина у члена семьи, в составе которой имеются дети, подверженные инфекционным болезням, сопровождается не только индивидуальными опасениями, но и беспокойством за возможное ее «социальное и общественное звучание». «Звучание» внутри семьи, школы, которую посещают дети, и других социальных групп.

Изменения соматопсихического равновесия не бывают, однако, односторонними. Если их рассматривать, как прямую связь в системе, то системе всегда сопутствует и обратная связь. И особенности взаимодействия прямой и обратной связи в общем и создают единство клиники соматической болезни. Обратная связь привносит новые качества, видоизменяя соматопсихическое равновесие в целом, а также особенности психики больного.

Надо сказать, что в основе любого образа представления лежат сложные физико-химические процессы, которые развертываются в микроинтервалах времени и пространства. В этом состоит единство субъективного и объективного, психического и физиологического, психического и физического. Также можно сказать, диалектика психофизических, психосоматических влияний. Причем эти влияния имеют в своей основе сложный, безусловно-рефлекторный, и условно-рефлекторный механизм.

Сознание болезни. Не случайно приводят термины о «сознании болезни», о «внешней» и «внутренней» ее картинах. *Сознание болезни или внутренняя картина болезни — наиболее распространенные понятия.* Е.К. Краснушкин пользовался в этих случаях терминами «сознание болезни», «представление болезни», а Е.А. Шевалев — «переживание болезни». Например, немецкий интернист Гольдшейдер писал об «аутопластической картине болезни», выделяя внутри ее две взаимодействующие стороны: сензитивную (чувственную) и интеллектуальную

(рассудочную, интерпретативную). А Шильдер же писал о «позиции» в отношении болезни.

Внутренняя картина болезни — отражение в психике больного своей болезни.

Понятие «внутренней картины болезни», как отмечалось, было введено в клиническую медицину Р.А. Лурия и в настоящее время широко используется в медицинской психологии. В структуре внутренней картины болезни выделены ***сензитивный*** и ***интеллектуальный*** уровень. Первый включает в себя совокупность болезненных ощущений и связанных с ними эмоциональных состояний больного, второй — знание о болезни и ее рациональную оценку. Наиболее распространенными методами исследования внутренней картины болезни являются клиническая беседа и специальные опросники.

Следует отметить, что множество жалоб, предъявляемых больным, находится в явном противоречии с незначительностью, а иногда и отсутствием объективных расстройств во внутренних органах. В таких случаях болезненная переоценка больным своего состояния выявляет ***гипернозогнозию*** в сознании им болезни. А явления ***анозогнозии*** образно сравнивают с «бегством от болезни». Явления гипернозогнозии сравнивают с «бегством в болезнь», «уходом в болезнь».

Психический фактор в течении соматической болезни прослеживается и в тех случаях, когда заболевание, скажем, возникающее на фоне аффективного напряжения, имеет под собой органическую основу в виде предшествующих изменений органа или системы. Примером таких заболеваний может являться, например, инфаркт миокарда, возникший вслед за аффективным переживанием у лица, страдающего атеросклерозом.

Существуют определенные основания предполагать, что возникновение и течение даже инфекционных заболеваний, таких как туберкулез легких, рак также связано с психическим фактором. А началу этих -заболеваний нередко предшествуют длительные психотравмирующие переживания. Динамика же туберкулезного процесса характеризует эту связь — обострения часто наступают под влиянием неудачно складывающихся обстоятельств жизни, разочарований, потрясений, утрат.

Существуют интересные данные ряда отечественных авторов. Так например, И.Е. Ганелина и Я.М. Краевский, изучив *преморбидные* особенности высшей нервной деятельности и личности больных коронарной недостаточностью, обнаружили имеющееся сходство. Чаще это были волевые, целеустремленные, работоспособные люди с высоким уровнем побуждения, а также с наклонностью к длительному внутреннему переживанию отрицательных эмоций. В.Н. Мясищев считает характерным для сердечно-сосудистых больных «социально-дисгармонический» тип личности, который обнаруживается у 60% больных. Такая личность ориентирована на себя, с концентрацией внимания и интересов на немногих, субъективно значимых аспектах. Такие лица, как правило, неудовлетворены своей должностью, неуживчивы, особенно в отношениях с администрацией, повышенно обидчивы, самолюбивы.

Различают во внутренней картине болезни два уровня: сензитивный и интеллектуальный. Первый является совокупностью всех (интероцептивных и экстероцептивных) вызываемых заболеванием ощущений, второй связан с размышлениями больного во всех вопросах, связанных с заболеванием, и представляет таким образом реагирование личности на новые условия жизни.

Наиболее подробно влияние соматической болезни на психику в нашей стране изучено Л.Л. Рохлиным, который так же, как и Е.К. Краснушкин, пользуется термином ***сознание болезни.***

Он включает в него три звена: /) ***отражение болезни в психике, гнозис болезни, ее познание; 2) вызванные болезнью изменения психики больного и 3) отношение больного к собственному заболеванию или реакцию личности на болезнь.***

Первое звено — гнозис болезни. Оно основано на потоке интероцептивных и экстероцептивных ощущений, порождаемых болезнью и вызывающих эмоциональные соответственные переживания. При этом данные ощущения сравниваются с имеющимися представлениями о болезни. Например, пользуясь зеркалом, человек пытается определить — больной или здоровый у него вид. Кроме того, он также внимательно следит за регулярностью своих естественных отправлений, их видом, отмечает по-

явившуюся на теле сыпь, а также прислушивается к разнообразным ощущениям во внутренних органах. При этом человек отмечает все различные нюансы и изменения в его привычных ощущениях и теле. Однако, здесь возможно и обратное явление. То есть асимптомные, в отношении психической сферы, соматические заболевания, когда поражения внутренних органов (туберкулез, пороки сердца, опухоли) обнаруживаются случайно при осмотре не подозревающих о своей болезни пациентов. После обнаружения болезни и осведомления о ней больных, у людей, как правило, возникают отсутствовавшие до того субъективные ощущения болезни. Этот интересный факт Л.Л. Рохлин связывает с тем, что внимание, обращенное на больной орган, снижает порог интероцептивных ощущений, и они начинают доходить до сознания. Отсутствие ***сознания болезни*** в периоде, предшествовавшем ее обнаружению, автор объясняет тем, что интерорецепция в этих случаях, по-видимому, тормозится более мощными и актуальными раздражителями внешнего мира.

Основываясь на существовании этих двух типов восприятия больным своего заболевания, Л.Л. Рохлин предлагает выделять: **а)** асимптоматический, анозогнозический, гипонозогнозический и б) гиперсензитивный варианты сознания болезни. Гиперсензитивный представляет определенные трудности для диагностики, так как искусство врача требует умения выделить истинные симптомы поражения органов, приукрашенные субъективным переживанием больного. Вторым звеном сознания болезни по Л.Л. Рохлину являются те изменения психики, которые вызываются соматической болезнью. Эти изменения автор делит на две группы: ***1) общие сдвиги (астенизация, дисфории), свойственные почти всем больным при большинстве заболеваний, 2) специальные изменения, зависящие, в частности, от того, какая система поражена.*** Например: страх смерти у больных стенокардией и инфарктом миокарда, депрессии у больных, страдающих заболеваниями желудка, повышенная возбудимость и раздражительность при болезнях печени и вызванные обилием митероцептивной информации, поступающей в мозг из пораженного органа.

Другими же детерминантами изменений эмоционального настроя больных Л.Л. Рохлин считает: первое — характер заболевания. Например: возбужденность и снижение порогов чувствительности при лихорадочных состояниях и резких болевых синдромах, падение психического тонуса при шоковых состояниях, пассивность больных брюшным тифом, возбуждение при сыпном тифе и т.д. Второе: стадия болезни. А третьим звеном «сознания болезни» является реакция личности на свое заболевание.

«Сознание болезни», «внутренняя картина» охватывает весь спектр переживаний больного человека, связанных с его болезнью.

Сюда необходимо отнести а) представления о значении для больного первых, ранних проявлений болезни; б) особенности изменения самочувствия в связи с усложнением расстройств; в) переживания состояния и его вероятных последствий на высоте болезни; г) представление о начинающемся улучшении самочувствия на этапе обратного развития болезни и восстановлении состояния здоровья после прекращения болезни; д) представление о возможных последствиях болезни для себя, для семьи, для деятельности; представление об отношении к нему в период болезни членов семьи, сотрудников по работе, медицинских работников.

Не существует таких сторон жизни больного, которые бы не находили отражения в его видоизмененном болезнью сознании. Болезнь — это жизнь в измененных условиях.

Особенности сознания болезни можно разделить на две группы.

1. Обычные формы сознания болезни представляют собой лишь особенности психологии больного человека.
2. Состояния сознания болезни, сопровождающиеся аномальными реакциями па нее, выходящими за рамки типичных реакций для данного человека.

Надо отметить, что во многих случаях сказывается возникающее в ходе болезни несоответствие между сохраняющимися или даже растущими потребностями больного и сокращающимися его возможностями. Такой конфликт, особенно при затяжных и ведущих к инвалидности

болезнях, может приобрести сложное содержание в связи с наложением противоречий между стремлением больного к скорейшему выздоровлению и сокращающимися возможностями больного. Они могут порождаться последствиями болезни, в частности изменением его профессиональных и социальных возможностей.

Изменения психики при соматических болезнях могут быть многообразны. Их рассматривают, как правило, в двух направлениях: 1) общие особенности изменений и расстройств психики при болезнях внутренних органов, 2) клиника психических расстройств при наиболее распространенных формах болезней.

Надо отметить, что общие тенденции формирования клиники расстройств психики определяются рядом обстоятельств, и, в частности, ***особенностями преморбидного состояния психики*** соматического больного.

Преморбидное состояние (состояние, имевшее место до начала болезни). Преморбидное состояние психики соматического больного определяет факт возникновения нервно-психических расстройств в клинике внутренних болезней. Кроме того, и особенности их клиники.

По особенностям преморбидного состояния можно выделить три группы лиц,

1. Психически больные, находящиеся на разных этапах болезни, у которых болезнь внутренних органов может: а) усилить, усложнить течение психической болезни; б) спровоцировать новый приступ психической болезни или вызвать ее рецидив; в) привести к послаблению течения основного психического заболевания.

2. Психопатические личности в разных фазах развития психопатии. В целом имеет место следующая закономерность: чем более значительны, массивны аномалии личности, патологические изменения ее, тем с меньшей критикой оценивает больной свою соматическую болезнь и тем ниже становится возможность выбора эффективных форм помощи, и наоборот. Развившаяся у них соматическая болезнь сопровождается различными изменениями психики: а) клиническими явлениями декомпенсации самой психопатии; б) явлениями компенсации психопатических расстройств; в) формированием собственно

соматогенных расстройств психики, в содержании которых преобладают те радикалы изменений психики, которые типичны для клиники соответствующего варианта психопатии.

3. *Психически здоровые лица.* Их особенности психического реагирования индивидуально неодинаковы в связи с различием личности. Изменения у преморбидно психически здоровых лиц в первую очередь обусловлены особенностями ведущей причины болезни.

*Многие авторы считают, что ведущая причина изменений психики при болезнях внутренних органов может быть двоякой. **1.** Соматогенной. **2.** Психогенной.*

При психогенной причине она оказывается таковой, как правило, у сензитивных лиц, когда объективное значение основной внутренней болезни для психики несущественно, а изменения психики в большей степени обусловлены массивностью опасений больного или силой психологического конфликта между его побуждениями, потребностями и предполагаемым снижением, вследствие заболевания, его возможностей.

Эта причина потому, что для больного человека его желания, ожидания часто оказываются субъективно более значимыми, чем само достижение цели. Может, это относится и к лицам, обладающим так называемым тревожно-мнительным характером.

Клинические варианты изменений психики при соматических болезнях часто систематизируют таким образом: массивные расстройства психики, выступающие, в основном, на высоте болезней, сопровождающихся лихорадкой, которые нередко приобретают качества психоза-соматогенный, инфекционный. А наиболее частой и типичной формой таких расстройств является делирий. Острый страх, дезориентировка в окружающем, сопровождающиеся зрительными иллюзиями и галлюцинациями.

Пограничные формы нервно-психических расстройств, которые представляют собой наиболее распространенную клиническую картину расстройств психики при болезнях внутренних органов. 1. В случаях преимущественно соматического происхождения — неврозоподобные, 2. Преобладающий психогенный характер их возникновения — невротические расстройства.

Невротические расстройства — это такие нервно-психические расстройства, в возникновении которых ведущее значение принадлежит психическим травмам или внутренним психическим конфликтам. В основном они возникают на соматически ослабленном, измененном фоне. Что возникает в первую очередь у преморбидно расположенных к ***психогениям*** лиц.

Их клинической структуре свойственны острота, выраженность болезненных переживаний, яркость, образность. Болезненно обостренное воображение. Усиленная фиксация на толковании измененного самочувствия, внутреннего дискомфорта, разлаженности, а также охваченность беспокойством за свое будущее. При этом сохранность критики, т.е. понимание этих расстройств как болезненных. Невротические расстройства, как правило, имеют временную связь с предшествующей травмой или конфликтом, а содержание болезненных переживаний часто связано с содержанием психотравмирующего обстоятельства. Им также нередко свойственно обратное развитие и послабление по мере отдаления времени психической травмы и ее дезактуализации.

Следует отметить, что большое значение для больного человека имеет его представление о болезни, основанное на самых многообразных сведениях.

Надо помнить, что психика больного с начала заболевания оказывается в необычном состоянии. Все наши знания, наше поведение в процессе лечебной деятельности, более того, и само лечение будет неудовлетворительным, если в основу его не будут положены целостное понимание человеческого организма, учет всей сложности его физических и психических проявлений.

Такой подход к состоянию больного на основе целостного понимания его организма всегда учитывает сложные взаимоотношения, которые существуют между психическим состоянием человека и его заболеванием.

Психическое напряжение, конфликтные ситуации могут отражаться на соматическом состоянии больного и вызывать так называемые психосоматические заболевания. Соматическое же заболевание, в свою очередь, оказывает влияние на психическое состояние человека, на его настроение, восприятие окружающего мира, поведение и планы.

При соматических заболеваниях, в зависимости от тяжести, длительности и характера болезни, могут наблюдаться различные психические нарушения, которые выражаются различными синдромами.

Медицинская психология на основе психических нарушений изучает формы поведения соматически больного, особенности контактов с окружающим, пути воздействия на психику для лучшего осуществления терапевтических мероприятий.

Отметим, что при соматических заболеваниях изменение психической деятельности выражается наиболее часто невротическими симптомами. При большой выраженности интоксикации и остроте развития болезни возможны соматогенные психозы, сопровождающиеся состояниями измененного сознания. Иногда такие соматические заболевания, как гипертоническая болезнь, атеросклероз, сахарный диабет и др. приводят к возникновению психоорганических расстройств.

Длительное соматическое заболевание, необходимость месяцами и годами находиться в стационаре, могут иногда приводить к изменениям личности в виде патологического развития, при котором возникают черты характера, ранее не свойственные этому человеку. Изменения характера у этих больных могут препятствовать или затруднять лечение, приводить их к инвалидности. Кроме того, это может создавать конфликты в лечебных учреждениях, вызывать отрицательное отношение окружающих к этим больным. В зависимости от особенностей психических нарушений при соматических заболеваниях строится беседа врача с больными, поведение медицинского персонала и вся тактика медицинских мероприятий.

3. РЕАКЦИИ личности НА БОЛЕЗНЬ

Реакции личности на соматическую болезнь у ряда больных могут носить патологический характер и проявляться в виде психогенных невротических тревожно-депрессивных реакций. У других больных эти реакции выражаются психологически адекватными переживаниями факта болезни. Нервно-психические нарушения при соматических заболеваниях обычно складываются из психических соматогенных расстройств и из реакции личности на болезнь.

В этой сложной структуре психических нарушений выраженность этих факторов различна. Например: при сосудистых заболеваниях, особенно при гипертонической болезни, атеросклерозе, эндокринных заболеваниях, решающая роль принадлежит именно соматогенным факторам. При других заболеваниях главная роль принадлежит личностным реакциям, это такие болезни и следствия их как обезображивающие операции, дефекты лица, потеря зрения, слуха и др.

Реакция личности на болезнь находится в прямой зависимости от многих факторов: от характера заболевания, остроты его и темпа развития; представления об этом заболевании у самого больного; характера лечения и психотерапевтической обстановки; личности больного; отношения к болезни дома родственников, сослуживцев по работе, знакомых, друзей.

Существуют различные варианты отношения к болезни, в основном определяемые особенностями личности больного человека. В качестве примера можно привести некоторые из них: астено-депрессивный, психастенический, ипохондрический, истерический и эйфорически-анозогнозический.

/) Депрессивно-астенический (астено-депрессивный). Наиболее частый, так как астенизация сопровождает большинство существующих заболеваний. Она проявляется в ослаблении побуждений к деятельности, эмоциональной невыносливости, ощущении общей разбитости, подавленности, беспредметной удрученности. Астенизированный больной не может активно бороться со своей болезнью, он повышенно чувствителен к ощущениям, идущим от внутренних органов, склонен к печали и длительным расслабляющим раздумьям о своих несчастьях. Астенизация психики очень способствует формированию неправильного отношения к болезни, а это, в свою очередь, негативно влияет на течение заболевания и снижает эффект от лечения.

2) Психастенический. Больной полон тревоги и страхов за будущее, он уверен в ее неблагоприятном исходе, полон навязчивых страхов — фобий, вопреки реально существующему положению дел и предсказаниям врача.

3) Ипохондрический. Проявляется мрачной углубленностью в мельчайшие детали проявления своего заболева-

ния с изучением соответствующей медицинской литературы. А также самостоятельным толкованием своих «симптомов», настойчивым обращением за помощью к врачам разных специальностей и требованием непрерывного лечения.

4) Истерический. Связан с преувеличенной оценкой своей болезни, стремлением так сказать «жить» болезнью, поставить ее в центр внимания своего и окружающих людей. Связан с требованием особой заботы, возмущением «недооценкой», «недопониманием» страданий больного со стороны медперсонала и родных. Внешнее поведение таких больных характеризуется чрезмерной эмоциональностью, театральностью и сверхтрагичностью.

5) Эйфорически-анозогнозический. Больъой игнорирует имеющийся недуг, не выполняет назначений врача, грубо нарушает режим и часто наносит ущерб своему здоровью.

Приходится встречаться и с отрицанием больным самого факта болезни ***(анозогнозия).*** Отрицание или, применительно к психоаналитической терминологии — «вытеснение» болезни, чаще всего бывает при тяжелых опасных заболеваниях, таких как онкологические заболевания, туберкулез, спид, психические заболевания и др. Такого рода больные либо вообще игнорируют заболевание, либо придают значение менее тяжелым симптомам и ими же объясняют свое состояние. Лечатся от той болезни, которой сами придают значение.

Причиной возникновения реакции отрицания болезни в большинстве случаев является психологическая невыносимость действительного положения вещей. Невозможность больному поверить **в** тяжелую и опасную болезнь. Реакция отрицания болезни может также наблюдаться у близких родственников больного.

Наибольшее число людей правильно оценивает заболевание, выполняет назначение врача и соблюдает режим. А сильные, уравновешенные, психически зрелые личности обычно правильно реагируют и адекватно оценивают заболевание, стремятся найти выход из ситуации, созданной болезнью, преодолеть ее или приспособиться к ней. Но в этих случаях решающая роль принадлежит психотерапевтическим беседам.

Бывает, что иногда наблюдается сознательное стремление человека скрыть свои болезненные расстройства,

называемое ***диссимуляцией.*** Диссимуляция наблюдается в основном при заболеваниях, которые сопряжены для человека с некоторыми объективно или субъективно невыгодными ситуациями. Чаще встречается при психозах.

Диссимуляция противоположна ***симуляции*** — поведению, направленному на имитацию болезни или ее отдельных симтомов. При этом мотивами могут быть — достижение льгот, уклонение от обязанностей, стремление обратить на себя внимание, потребность в помощи, опеке. Личностный смысл симуляции и цели могут быть осознанными и неосознанными. В последнем случае наблюдается у лиц с истерическими неврозами.

Трагическое переживание болезни (гипернозогнозия). Это бывает чаще в тех случаях, когда заболевание возникло внезапно, резко нарушилась трудоспособность и весь жизненный стереотип. Когда происходит коренное изменение в жизненных, общественных, любовных, профессиональных и производственных планах человека. Чаще такая реакция может наблюдаться у спортсменов или у людей, ранее физически здоровых.

Тяжелые депрессивные реакции. Возникают обычно у тяжело больных людей, соматические заболевания которых приводят к выраженным изменениям внешнего вида. Нередки суицидальные мысли и даже попытки. В течение этих состояний большую роль играют психотерапевтические беседы с разъяснением причин состояния и перспектив лечения.

Такие реакции наблюдаются при ранениях и ожогах лица, обезображивающих рубцах, при тяжелых экземах, нейродермитах и др. При этом у такого рода больных могут появиться патологические черты характера, такие, как взрывчатость, шизоидность, ранимость и сензитивность.

Паранойяльные переживания (бред). Возникает при значительном снижении слуха, реже зрения.

Ипохондрическая фиксация на своем состоянии и ощущениях. Возникает у больных с затяжными хроническими тяжелыми заболеваниями на фоне астенических расстройств. У них появляется много различных жалоб, которые не соответствуют соматическому страданию. Больной становится хмурым, мрачным, депрессивно-раздражительным. Часто вид здоровых людей, их улыбки, смех,

заботы вызывают у него раздражение. Такие больные могут также вступать в конфликт с персоналом.

Истерические реакции. Проявляются иногда у вышеназванных больных. Выражаются истерическими формами поведения, когда своими жалобами больные стремятся привлечь внимание окружающих их людей. При этом, утешения и убеждения в том, что болезнь неопасная, легкая, нестрашная, нередко могут вызвать утяжеление истерических реакций.

При некоторых заболеваниях личностная реакция на болезнь проявляется в заострении преморбидных особенностей личности.

Многие авторы считают, что адекватность реакции на болезнь зависит от степени зрелости личности и интеллектуальных ее возможностей. Так, например, у инфантильных незрелых личностей с чертами детскости часто наблюдаются вытеснения или отрицания болезни или, наоборот, «ухода в болезнь». У людей астенических, тревожно-мнительных, например, часто не очень серьезное заболевание вызывает бурную реакцию тревоги. Заболевание вызывает и реакцию беспокойства с последующими депрессивно-ипохондрическими и стойкими расстройствами.

Как отмечалось, реакция личности на болезнь зависит от возраста больного. На одну и ту же болезнь с одинаковым исходом у больных отмечается различная реакция. У молодых болезнь ведет к нарушению планов на будущее, у больных среднего возраста препятствует выполнению замыслов, пожилыми воспринимается как неизбежный конец. В соответствии с реакцией личности врач в беседе должен создать для больного новую жизненную установку обязательно с учетом его возможностей.

Личностные реакции зависят также от нарушений психической деятельности, которые вызваны соматическим заболеванием.

Психологами выделяются тринадцать типов психологического реагирования на заболевание.

Типология реагирования на заболевание создана А.Е. Личко и Н*Я. Ивановым на основе оценки влияния трех факторов. 1, Природы соматического заболевания. 2. Типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера. 3. Отношение к

данному заболеванию в референтной для больного группе. Эти типы объединены по блокам.

Первый блок включает типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация существенно не нарушается, гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы.

Во второй и третий блок включаются типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием.

Второй блок включает типы реагирования преимущественно с интрапсихической направленностью, то есть это тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический тип. Эмоционально-аффективная сфера отношений у больных с этими типами реагирования клинически проявляется в дезадаптивном поведении и реакциях по типу раздражительной слабости, а также в тревожном, подавленном, угнетенном состоянии. Характеризуется «уходом в болезнь», отказом от борьбы за здоровье, выздоровление.

Третий блок — типы реагирования с интерпсихической направленностью. Включает типы с таким сенсибилизированным отношением к болезни. Оно в большей степени зависит от преморбидных особенностей личности больных — это сензитивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический. Пациенты с этими типами отношения к болезни при различных эмоционально-аффективных реакциях на болезнь характеризуются и дезадаптивным поведением, которое может приводить к нарушению их социального функционирования.

Следует отметить, что отношение к болезни, обладая характеристиками, присущими психологическим отношениям, содержит в себе когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты. Когнитивный включает знание о болезни, ее осознание, понимание роли болезни и влияния на жизненное функционирование больного и предполагаемый прогноз. Эмоциональный — ощущение и переживание болезни и всей ситуации, связанной с ней. Поведенческий — это связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней, а также выработку определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью. Принятие роли больного, активная борьба с болезнью, игнорирование, пессимистические установки и пр.

Тринадцать типов психологического реагирования на заболевание по А.Е. Личко.

Гармоничный. Свойственна трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, без оснований видеть все в мрачном свете. Однако, и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации — переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе — сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбу близких, своего дела.

При гармоничном типе психического реагирования важным является реализм в восприятии симптомов и понимании тяжести заболевания. Пациент должен опираться в своих реакциях на известные науке факты о возможности излечения от конкретной болезни, о происхождении симптомов и пр.

Активности человека противостоит при дисгармоничных типах психического реагирования пассивность, при которой пациент не прилагает собственных усилий для оздоровления. Пациент при пассивном отношении расценивает свой организм как некий аппарат, машину, механизм, вещь, которую он сдает в ремонт и ожидает починки. Значимым является и нежелание заболевшего обременять других тяготами ухода за собой, что вытекает из принципиальных положений гармоничного характера и личности. Гармоничный пациент понимает, что с появлением у него болезни близкие ему люди обрели новую дополнительную заботу. И как гармоничный человек, он не вправе требовать от них этой заботы. Он может лишь ожидать ее и принимать в том объеме, который они готовы ему предоставить.

Тревожный. Свойственно непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Присущ поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах терапии, поиск неких авторитетов. В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни — результаты анализов, заклю-

чения специалистов, нежели собственные ощущения. Предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение — тревожное, угнетенность — вследствие этой тревоги.

Тревожный тип психического реагирования на заболевания базируется на появляющейся в связи с заболеванием тревоге, также изменением обыденного течения жизни. Тревога проецируется в будущее, вызвана опасениями, что болезнь может надолго и существенно изменить привычный стереотип жизни. Проявлением тревоги может быть повышенный интерес пациента к медицинской литературе, придирчивость к медицинскому персоналу, перепроверка получаемых от врачей сведений о болезни.

Ипохондрический. Он сосредоточен на субъективных болезненных и других неприятных ощущениях. Характеризуется стремлением постоянно рассказывать о них окружающим. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Также преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, при требовании тщательного обследования, боязни вреда и болезненности процедур.

Склонен к эгоцентризму. Не способен сдержаться при беседе с любым человеком и обращает внимание собеседника на необычность и тяжесть имеющихся болезненных признаков. Ипохондрик испытывает облегчение, если его собеседник относится к нему участливо и сочувственно. Кроме того, при таком типе реагирования появляется склонность к детализации своего самочувствия при его описании. Мотивом изложения собственных жалоб является страх упустить что-то важное, существенное для понимания врачом его состояния и правильной диагностики. Негативную реакцию ипохондрика вызывает недоверие к его жалобам со стороны окружающих, а также их упреки в симуляции и преувеличении тяжести расстройства с целью извлечь из этого выгоду.

Меланхолический. Характеризуется удрученностью болезнью, неверием в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все окружающее. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

Меланхолический, или депрессивный тип реагирования на болезнь обусловлен имеющейся у пациента негативной информацией о возможности излечения от недуга. Он встречается и у медицинских работников в силу их разнообразных знаний, полученных в процессе обучения и практики. Нацеленность на худший исход приводит к пессимистической оценке будущего, неверию в возможность излечения и суицидальным намерениям.

Апатический. Характерен полным безразличием к своей судьбе, к исходу болезни и результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Часто происходит утрата интереса ко всему, что ранее волновало.

Полного безразличия у пациента не отмечается. Как правило, безразличие обусловлено депрессией и фиксацией на собственном состоянии. Пропадает интерес и активность в отношении всех сторон жизни за исключением здоровья. Собственно апатический — с утратой интереса ко всему встречается крайне редко.

Неврастенический. Это поведение по типу «раздражительной слабости». Раздражение, особенно при болях, при неприятных ощущениях, неудачах лечения и неблагоприятных данных обследования. Раздражение часто направленно изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем — раскаяние за беспокойство и несдержанность.

Неврастенический — астенический тип реагирования является наиболее распространенным и неспецифическим ответом организма и личности на различные заболевания. Его основой является раздражительность, которая охватывает — яркий свет, громкие звуки, резкие запахи, а также отношение окружающих. Пациент становится капризным, требовательным. Он ищет ласки, участия, успокоения. Склонен к вспышкам гнева, если его ожидания в отношении поведения окружающих не оправдываются.

Обсессивно-фобический. Характерна тревожная мнительность, прежде всего, касается опасений нереальных. Маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а

также возможных, но малообоснованных неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревог часто становятся приметы и ритуалы.

При обсессивно-фобическом реагировании на болезнь доминируют навязчивые мысли, опасения и, особенно, ритуалы. Пациент становится суеверным. Он придает особое значение мелочам, которые превращаются для него в своеобразные символы. Например, расценивает шансы своего излечения в зависимости от того, в каком порядке войдут в его палату врач и медицинская сестра; от того, троллейбус какого маршрута подойдет к остановке раньше. Невротические ритуалы связаны с повышенной тревожностью пациента и направлены на защиту от них.

Сензитивный. Высокая озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно относиться, распускать сплетни, неблагоприятные сведения о причинах и природе его болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни или неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим.

Основой сензитивного отношения к болезни является рефлексивный стиль мышления. Кроме того, это ориентация на мнение и оценку окружающих. В связи с этим существенным становятся не собственные болезненные или неприятные ощущения вследствие болезни, а реакция на информацию о его болезни со стороны так называемой референтной группы. Пациенты склонны к извиняющемуся стилю поведения. Часто в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу или медицинской сестре, даже в случаях угрожающего для жизни состояния. Отмечается робость, застенчивость, повышенная скромность.

Эгоцентрический. Можно сказать — «уход в болезнь». Это выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы о себе. Разговоры окружающих быстро переводятся на себя, свои страдания. В других людях, также требующих внимания и заботы, видят только неких конкурентов, относятся к

ним неприязненно. Постоянно желание показать свое особое положение, исключительность в болезни.

Этот тип реагирования иногда обозначают истерическим, поскольку основным мотивом поведения человека становится привлечение к собственной персоне внимания окружающих. «Бегство в болезнь» или «уход в болезнь» используется для упреков и шантажа окружающих. Жалобы описываются больными очень красочно и сопровождаются манерной жестикуляцией, а также разнообразной и выраженной мимикой. Эмоции носят часто гротескный характер.

Эйфорический. Необоснованно повышенное настроение, часто наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Присутствует надежда на то, что «само все пройдет». Наличествует желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима, при том, что эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни.

Эйфорический тип отражает беспечность человека в отношении собственного здоровья. Пациент становится наигранно весел, болтлив, суетлив. Подобное реагирование может носить защитный характер, отражать характерологические особенности.

Анозогнозический. Характерно активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях. Непризнание себя больным. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам, другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения.

Непризнание себя больным и отрицание наличия у себя симптомов болезни. *Анозогнозия* встречается часто. Пациенты могут отражать внутреннее неприятие статуса больного, нежелание считаться с реальным положением вещей. Они могут отражать заблуждение человека по поводу значимости признаков болезни. Непризнание себя больным встречается, например, при алкоголизме, поскольку способствует уклонению от лечения.

Эргопатический. «Уход от болезни в работу». При тяжести болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало продолжать работу. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все

время. Пациенты стараются лечиться и подвергаться обследованиям так, чтобы это оставляло возможность продолжения работы.

Некоторые пациенты расценивают любой недуг как вызов своему «Я». Стараются не поддаваться болезни, активно перебарывают себя, преодолевают недомогание и боли. Позиция заключена в том, что нет такого заболевания, которого нельзя было бы преодолеть своими силами. Такие пациенты часто являются принципиальными противниками лекарств.

Паранойяльный. У пациента присутствует уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла. Подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечению, побочные действия лекарств халатности и даже злому умыслу врачей и персонала. Часты обвинения и требования наказаний в связи с этим.

Паранойяльный (бредоподобный) тип реагирования часто отражает мировоззренческую позицию заболевшего. Пациент усматривает тайный смысл болезни и причин ее возникновения. Этот тип возникает преимущественно на базе личностных особенностей.

Среди множества причин, определяющих тип реагирования на болезнь, Л.Л. Рохлин считает основными три: а) особенности личности и нервной системы больного; б) специфику заболевания; в) социальные факторы, действующие в момент заболевания (повышенная зависимость от отношения окружающих, вынужденная изоляция от деятельности, переживание ответственности за судьбу других членов семьи и т.д.).

По В.В. Ковалеву влияние соматической болезни на личность складывается из двух факторов — реакции личности на болезнь и соматогенных изменений личности.

На реакцию личности оказывает влияние: 1) характер диагноза, 2) изменение физической полноценности и внешности, 3) изменение положения в семье и обществе, 4) жизненные ограничения и лишения, связанные с болезнью, 5) необходимость лечения (амбулаторного, стационарного), операции и т.д.

4. Больной И ЕГО СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

Взаимодействие больного и медицинского работника*

В данном аспекте, целесообразна ссылка на Б.Д. Карвасарского, который приводит данные В.А. Ташлыкова и В.Я. Костеровой, изучивших эталонные и реальные оценки больными самих себя и других людей.

Например, эталон медицинского работника у людей, больных неврозами, был связан с определенными личностными качествами. Это такие качества медицинского рабоника, как ум, внимательность, увлеченность работой, чуткость, тактичность, терпеливость, чувство долга, спокойствие, серьезность, чувство юмора. При этом, для женщин наиболее значимыми оказались особенности темперамента и характера врача, которые обеспечивают хороший, эффективный эмоциональный контакт. Было обнаружено, что предпочтительным оказался так назывемый сопереживающий тип общения. А для мужчин главным качеством врача был профессиональный опыт при эмоционально-нейтральном типе общения. Наоборот, у больных, страдающих разными видами невроза, обнаружились определенные отличия в эталоне врача. Например, больные истерией предпочитали сопереживающий тип общения. Люди, больные неврастенией, предпочитали нейтральный тип общения. А люди, больные психастенией, отдавали предпочтение волевым качествам врача.

Подмечено, что разным типам пациентов импонируют разные врачи. Например, скромные люди предпочитают властных, грустные — жизнерадостных, эмоционально-холодные — отзывчивых, вздорные и хаотичные натуры —- упорядоченных и дисциплинированных. Больные неврозом мужчины лучше себя чувствуют с врачом своего пола, для женщин пол врача существенного значения не имеет. Однако и мужчины, и женщины предпочитают врачей более пожилого возраста.

Можно сказать, что в последнее время предпочтительным считается не авторитетный тип взаимоотношений, а партнерство медицинского работника и больного в процессе лечения. То есть, врач и пациент вместе намечают и обсуждают план лечения и его ожидаемые результаты. Пациент перестает быть только объектом тех или иных лечеб-

ных, в том числе и психотерапевтических манипуляций, но принимает в них самое активное участие. Это достигается включением его в различные формы социального взаимодействия в стационаре. Ответственность за правильные отношения между врачом и больным целиком лежит на враче. Обычно они складываются самой ситуацией, так как больной сам идет к врачу, он ищет его помощи и ждет ее, готовый чрезвычайно эмоционально реагировать на все хорошее, что получит от него, но также и на то, что вызывает его неудовлетворенность или разочарование.

Иногда агрессивное отношение больного может свидетельствовать о большой внутренней напряженности и настойчивости в стремлении добиться выздоровления, а иногда является следствием раздражительности — усталости от заболевания. Такое поведение требует особого внимания и часто оказывается оправданным теми или иными причинами. Отрицательное отношение к врачу может формироваться в случае плохого психологического контакта, связанного с безразличием и формальным отношением к пациенту. Следует отметить, что в случае неправильно сложившихся отношений между врачом и больным, больной должен иметь возможность и право переменить своего лечащего врача.

Взаимодействие больного и других больных.

Проблематика таких взаимоотношений важна не только для амбулаторных больных, но и в случаях госпитализации больного. Дело в том, что в больнице, госпитале контакт с чужими и незнакомыми людьми становится близким, даже где-то интимным. И в этом случае даже для здорового человека существует проблема психологической совместимости. Следует понять, насколько актуальной становится она для больного человека, часто утратившего в той или иной степени душевное равновесие и поэтому особенно нуждающегося в душевном тепле, психологической поддержке, эмпатии.

И. Харди считает вопрос о группировке больных очень важным. Он приводит как положительный пример обычай, когда медицинская сестра либо другой больной вместе с новыми пациентами обходят все здание больницы, показывают различные службы, знакомят прибывшего больного с другими пациентами. Такая практика может

облегчать для человека первый момент его пребывания в стационаре и дальнейшую психологическую адаптацию его в новых условиях. Следует отметить, что, как правило, в больничной палате создается свой коллектив с определенным микроклиматом. Гармоничным или напряженным. Больные вступают друг с другом в различные взаимоотношения. Например, ходячие помогают лежачим и т.д. В процессе общения обсуждаются течение болезней, результаты лечения, политика, увлечения, семейные заботы и др. Определяется лидер. Часто им может оказаться хронический больной, уже имеющий опыт пребывания в больнице. Так как он лучше других осведомлен о ее порядках и разбирается во всех делах. Отметим, что от личностных особенностей и позиции лидера молсет зависеть эмоциональное благополучие палаты. При появлении психологической несовместимости между больными рождается недовольство, это очень вредит лечебному процессу.

Причиной психологической несовместимости может являться различия темпераментов, характеров, личностных установок, привычек, образовательного уровня, интеллекта или разного культурного уровня. Поводом для конфликтов могут быть совершенно любые события больничной жизни.

Одним из возможных способов устранения трений между больными и одновременно методом групповой психотерапии является беседа сестры в палате. Темой беседы могут служить порядки, сложившиеся в палате, привычки больных, их дисциплина, проблема приспособления к жизни и др. Такие беседы помогают разрешить определенные проблемы, наладить отношения, улучшить микроклимат. В тех случаях, если это не удается, И. Харди рекомендует по возможности перегруппировать больных, не открывая им настоящей причины этого события. Однако, более рациональным может являться короткий анкетный или устный опрос в конце каждой недели с единственным вопросом. Например: «С кем бы Вы хотели находиться в палате?». Психологически может быть желательно удовлетворение этих пожеланий по возможности до появления конфликтов. При решении такого вопроса, как группировка больных, следует избегать поме-

щения эмоционально лабильных лиц в одной палате с очень тяжелыми или умирающими больными.

Взаимодействие больного **и** его семьи.

Как правило, болезнь одного из членов семьи нарушает нормальное функционирование всей семьи. Вся эта ситуация неизбежно отражается на взаимодействии других членов семьи, часто приводя к перераспределению социальных ролей.

Заболевший член семьи вынужден «играть» роль больного, физическая беспомощность которого иногда резко противоположна его обычному положению в семье и жизненным позициям. Эта ситуация делает человека непривычно зависимым от отношения родных и создает определенные трудности для адаптации. Трудности, с другой стороны, усиливаются тем, что для самой семьи тяжелый больной — близкий человек представляет большую психологическую нагрузку: вместо обычной, получаемой от него поддержки, в том числе материальной, и другой помощи.

Все это положение создает необходимость определенной перестройки в отношениях и обязанностях всех членов семьи. При этом для создания и поддержания эмоционального равновесия больного человека очень важен определенный микроклимат в семье. Он создается или поддерживается хорошими дружелюбными отношениями в семье. А спокойная забота, предъявление разумных и выполнимых требований к больному в семье, даже посильный труд, способны поддерживать оптимизм и душевное равновесие больного гораздо более, чем чрезмерные страхи и гиперопека и другие негативные факторы.

Надо отметить, что паническая тревога и преувеличения вполне могут индуцировать больного и мешать его выздоровлению или реабилитации.

Так же неблагоприятно могут действовать на больного эмоционально неуравновешенные, нетактичные родственники, друзья или знакомые. Часто бывает так, что навещая больного человека, близкого им по тем или иным причинам, дома или в больнице, эти люди могут травмировать заболевшего, взволновать непродуманным поведением, вопросами, замечаниями или сведениями, которые им самим кажутся пустяковыми — незначащими, но для больного приобретают особое значение.

Следует подчеркнуть, что любая психологическая работа с родными больных может быть и должна быть необходимой. Это дает не только положительный эффект для лечения, выздоровления, реабилитации, но это дает много сведений о больном, помогает ввести взаимоотношения между больным и членами его семьи в нужное русло, а также помогает включить всех людей из близкого окружения больного в систему психотерапевтических воздействий.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ и ЗАДАНИЯ

1. Расскажите о фазах психологического реагирования на заболевание.
2. Что такое эффект плацебо?
3. Отличие больного человека от здорового?
4. Факторы, влияющие на отношение человека к болезни.
5. Расскажите об особенностях личности и мировоззрений, влияющих на отношение к болезни.
6. Что такое внутренняя картина болезни?
7. Расскажите об особенности преморбидных состояний.
8. От чего зависит реакция личности на болезнь?
9. Какие реакции личности на болезнь Вы знаете?
10. Расскажите об особенностях взаимодействия больного и его социального окружения.

ГЛАВА 5. ПСИХОЛОГИЯ ОБЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА И БОЛЬНОГО

1. ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ

Психологические особенности пациента в условиях лечебных взаимоотношений и взаимодействия приходят в соприкосновение с психологическими особенностями медицинского работника. Кроме того, лицами, вовлеченными в контакт с пациентом, могут быть: врач, психолог, медицинская сестра, социальный работник.

В лечебной деятельности формируется особая связь, особые отношения между медицинскими работниками и пациентами, это отношения между врачом и больным, медицинской сестрой и больным. Образуется по словам

И. Харди связь «врач, сестра, больной». Повседневная лечебная деятельность многими нюансами связана с психологическими и эмоциональными факторами.

Отношения между врачом и больным являются основой любой лечебной деятельности. (И. Харди).

Целью же контактов между пациентом и медицинским работником является медицинская помощь, оказываемая одним из участников общения по отношению к другому. Отношения между врачом и пациентом обусловлены в определенной мере и условиями, в которых ведется лечебная деятельность. Исходя из основной цели лечебного взаимодействия, можно предположить неоднозначность важности контактов в системе взаимодействия медицинский работник-пациент. Однако, не следует понимать, что существует заинтересованность в таком взаимодействии лишь со стороны пациента. Медицинский работник, по идее, в не меньшей степени заинтересован в оказании помощи больному, ведь эта деятельность является его профессией. У медицинского работника есть собственные мотивы и интересы взаимодействовать с пациентом, которые и позволили ему выбрать медицинскую профессию.

Для того, чтобы процесс взаимоотношений пациента и медицинского работника был эффективным, необходимо изучать психологические аспекты подобного взаимодействия. Для медицинской психологии интересны мотивы и ценности врача, его представление об идеальном пациенте, а также определенные ожидания самого пациента от процесса диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, поведения врача или медицинской сестры.

Можно говорить о значимости для эффективного и бесконфликтного взаимодействия пациента с медицинскими работниками такого понятия, как коммуникативная компетентность. Под этим термином понимают способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми. Этот процесс подразумевает достижение взаимопонимания между партнерами по общению, лучшее понимание ситуации и предмета общения.

Коммуникативная компетентность может рассматриваться также как система внутренних ресурсов, необходимых для построения эффективного общения в определенном спектре ситуаций межличностного взаимодействия. Следует

отметить, что коммуникативная компетентность является профессионально значимой характеристикой врача и медицинской сестры. Однако, несмотря на то, что в условиях клиники пациент вынужден обращаться за помощью к врачу, коммуникативная компетентность важна и для самого больного. Все это важно, потому что некомпетентность в общении хотя бы одной стороны в процессе общения способна нарушить диагностический и лечебный процесс. Поэтому лечебный процесс может и не привести к желаемым результатам. А неумение пациента наладить контакт с медицинским работником столь же негативно, сколь и нежелание медицинского работника установить эффективный контакт с любым пациентом.

Однако вышеизложенное не позволяет снять ответственность за эффективное взамидействие с пациентом с самого медицинского работника.

При хорошем контакте с врачом пациент скорее выздоравливает, а применяемое лечение имеет лучший эффект, гораздо меньше побочных действий и осложнений.

Выделяют следующие виды общения (СИ. Самыгин):

1. ***«Контакт масок»*** — это формальное общение. Отсутствует стремление понять и учитывать особенности личности собеседника. Используются привычные маски (вежливости, учтивости, скромности, участливости и др.). Набор выражений лица, жестов, стандартных фраз, позволяющих скрыть истинные эмоции, отношение к собеседнику.

В рамках диагностического и лечебного взаимодействия он проявляется в случаях малой заинтересованности врача или пациента в результатах взаимодействия. Это может происходить, к примеру, при проведении обязательного профилактического осмотра, в котором пациент чувствует себя несамостоятельным, а врач — не имеющим необходимых данных для проведения объективного и всестороннего обследования и вынесения обоснованного заключения.

2. Примитивное общение. Оценивают другого человека, как нужный или мешающий объект, если нужен — то активно вступают в контакт, если мешает — отталкивают.

Подобный вид общения может встречаться в рамках манипулятивного общения врача и пациента в случаях, когда целью обращения к врачу становится получение каких-либо дивидендов. Например, больничного листа, справ-

ки, формального экспертного заключения и др. С другой стороны, формирование примитивного вида общения может происходить по желанию врача — в случаях, когда пациент оказывается человеком, от которого может зависеть благополучие врача. Например, руководитель. Интерес к участнику контакта в подобных случаях пропадает сразу вслед за получением желаемого результата.

3. ***Формально-ролевое общение.*** Регламентированными оказываются и содержание, и средства общения, и вместо знания личности собеседника обходятся знанием его социальной роли.

Подобный выбор вида общения со стороны врача может быть обусловлен профессиональной перегрузкой. Например, у участкового врача на приеме.

4. Деловое общение. Общение, учитывающее особенности личности, характера, возраста, настроения собеседника при нацеленности на интересы дела, а не на возможные личностные расхождения.

При общении врача с пациентом такой вид взаимодействия становится неравным. Врач рассматривает проблемы больного с позиции собственных знаний, и он склонен директивно принимать решения без согласования с другим участником общения и заинтересованным лицом.

5. Духовное межличностное общение. Подразумевает возможность затронуть в беседе любую тему, поделиться любой интимной проблемой каждому из участников общения.

Диагностическое и лечебное взаимодействие не подразумевает такого контакта, по крайней мере, не предусматривает в силу профессиональной направленности исповедание медицинского работника.

6. Манипулятивное общение. Также, как и примитивное направлено на извлечение выгоды от собеседника с использованием специальных приемов.

Многим может быть известен манипулятивный прием, чаще называемый «ипохондризацией пациента». Суть его заключается в преподнесении заключения врача о состоянии здоровья пациента в русле явного преувеличения тяжести обнаруженных расстройств. Целью такой манипуляции может быть: 1) снижение ожиданий пациента в успехе лечения в связи с избеганием медицинским работником ответственности в случае неожиданного ухудшения здоровья

пациента; 2) демонстрация необходимости дополнительных и более квалифицированных воздействий со стороны медицинского работника с целью получения вознаграждения.

Общение медицинского работника и пациента, в принципе, можно назвать вынужденным общением. Так или иначе, но основным мотивом встреч и бесед больного человека с медицинским работником становится появление у одного из участников такого взаимодействия проблем со стороны здоровья. Со стороны врача и медицинской сестры существует при этом вынужденность выбора субъекта общения, которая обусловлена его профессией, его социальной ролью. И если обращение пациента к врачу, обусловлено, как правило, поиском медицинской помощи, то заинтересованность врача в пациенте объясняется соображениями его профессиональной деятельности.

Взаимодействие между пациентом и врачом не есть нечто навсегда заданное. Под воздействием различных обстоятельств они могут изменяться, на них могут повлиять более внимательное отношение к больному, более глубокое внимание к его проблемам. При этом сами хорошие отношения пациента и медицинского работника способствуют и большей эффективности лечения. И наоборот — положительные результаты лечения улучшают взаимодействие между пациентом и медицинским работником,

В настоящее время многие специалисты считают, что необходимо постепенно из процесса общения и лексикона вывести такие понятия, как «больной», заменив понятием пациент, ввиду того, что само понятие «больной» несет определенную психологическую нагрузку. А обращения к заболевшим людям типа: «Как Ваши дела, больной?», применять недопустимо, и необходимо стараться повсеместно заменять такого рода обращения к пациенту обращениями по имени, имени отчеству, тем более, что само имя для человека, его произношение, является психологически комфортным.

2. ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Общение с пациентом — важнейший элемент процесса лечения.

Одной из основ лечебной деятельности является умение медицинского работника понять больного человека.

В процессе лечебной деятельности важную роль играет умение выслушать пациента, что представляется необходимым для формирования контакта между ним и медицским работником, в частности, врачом. Умение выслушать больного человека не только помогает определить-диагносцировать заболевание, которому он может быть подвержен, но и сам по себе процесс выслушивания оказывает благоприятное взаимодействие на психологический контакт врача и пациента.

Важно отметить, что небходимо учитывать и особенности (профильность) заболевания при контакте с пациентом, поскольку в распространенных в клинической медицине терапевтических отделениях находятся больные самого различного профиля. Это, например, пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, почек и др. И нередко их болезненные состояния требуют длительного лечения, что оказывает влияние и на процесс взаимоотношений медицинского работника и больного. Длительный отрыв от семьи и привычной профессиональной деятельности, а также тревога за состояние своего здоровья вызывают у пациентов комплекс различных психогенных реакций.

Но не только эти факторы сказываются на психологической атмосфере и состоянии пациента. *В результате психогений может усложняться течение основного соматического заболевания, что, в свою очередь, ухудшает психическое состояние больных.* И кроме того, в терапевтических отделениях на обследовании и лечении находятся больные с жалобами на деятельность внутренних органов, нередко даже не подозревая того, что эти соматические нарушения психогенного характера.

В клинике внутренних болезней специалисты имеют дело с соматогенными и психогенными нарушениями. И в тех, и других случаях больные высказывают большое число различных жалоб и очень настороженно относятся к своему состоянию.

Соматогенно обусловленные психические нарушения чаще возникают у тревожно-мнительных больных с ипохондрической фиксацией на своем состоянии. В их жалобах, помимо обусловленных основным заболеванием, много неврозоподобных. Например, жалобы на слабость, вя-

лость, быструю утомляемость, головную боль, нарушение режима сна, страх за свое состояние, чрезмерную потливость, сердцебиение и др. Отмечаются также различные аффективные нарушения в виде периодически возникающей тревоги и тоски различной степени выраженности. Такие нарушения часто наблюдают у больных с гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, у лиц, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, А неврозоподобная симптоматика часто может маскировать клинику основного заболевания. В результате этого феномена больные люди обращаются к специалистам различного профиля.

В обиходе часто приходится слышать о «хорошем» или «правильном» обращении с пациентом, и в противовес этому, к сожалению, приходится слышать о «бездушном», «плохом» или «холодном» отношении к больным людям. Важно отметить, что различного рода жалобы, возникающие этические проблемы свидетельствуют об отсутствии необходимых психологических знаний, а также практики соответствующего общения с пациентами со стороны медицинских работников.

Различия взглядов медицинского работника и больного.

Различия точек зрения медицинского работника и пациента могут быть обусловлены их социальными ролями, а также и другими факторами.

Например, врач склонен искать, прежде всего, объективные признаки заболевания. Он старается ограничить анамнез до определения предпосылок для дальнейшего соматического исследования и т.д. А для пациента в центре внимания и интересов всегда стоит его субъективное, личное переживание болезни. В связи с этим, врач должен рассматривать эти субъективные ощущения как реальные факторы. Он должен также постараться прочувствовать или уловить переживания больного, понять и оценить их, отыскать причины тревог и переживаний, поддерживать их положительные стороны, также использовать их для более эффективного содействия больному при его обследовании и лечении.

Различия же во вглядах и точках зрения врача (медицинской сестры) и пациента вполне закономерны и предопределены, в данной ситуации, их различными социальны-

ми ролями. Однако, врачу (медицинской сестре) необходимо следить за тем, чтобы эти различия не перешли в более глубокие противоречия. Поскольку эти противоречия могут поставить под угрозу взаимоотношения медицинского персонала и больного, и тем самым затрудняя оказание помощи больному, затрудняя лечебный процесс.

Для преодоления различий во взглядах медицинскому работнику необходимо не только выслушивать с большим вниманием пациента, но и постараться как можно лучше его понять. Что происходит в душе, мыслях больного человека? Врач должен откликнуться на рассказ пациента со всеми своими знаниями, разумом во всей полноте своей личности. Реакция медицинского работника должна быть резонансом на услышанное.

Особенности личности медицинского работника.

Следует отметить, что предпосылкой возникновения положительных психологических отношений и доверия между медицинскими работниками и больными является квалификация, опыт и искусство врача и медицинской сестры. При этом результатом расширяющихся и углубляющихся сведений в современной медицине является повышенное значение специализации, а также создание различных ответвлений медицины, направленных на определенные группы заболеваний в зависимости от локализации, этиологии и способов лечения. Можно отметить, что при этом специализация несет с собой определенную опасность суженного взгляда врача на больного.

Сама медицинская психология может помочь выровнять эти отрицательные стороны специализации благодаря синтетическому пониманию личности больного и его организма. А квалификация является только инструментом, больший или меньший эффект применения которого зависит от других сторон личности врача. Можно отметить определение доверия больного к врачу, данное Гладким: *«Доверие к врачу — это положительное динамическое отношение больного к врачу, выражающее предыдущим опытом обусловленное ожидание, что врач имеет способности, средства и желание помочь больному наилучшим образом»,*

Для проявления доверия к медицинскому работнику имеет значение первое впечатление, возникающее у пациента при встрече с ним. При этом значение для человека

имеет актуальная мимика медицинского работника, его жестикуляция, тон голоса, выражения лица, вытекающие из предыдущей ситуации и не предназначенные для больного, употребление сленговых речевых оборотов, а также его внешний вид. Например, если больной человек видит врача неопрятного, заспанного, то он может потерять веру в него, часто считая, что человек, не способный заботиться о себе, не может заботиться **и** о других. Различные отклонения в поведении **и** во внешнем виде пациенты склонны прощать только тем медицинским работникам, которых они уже знают **и** к которым испытывают доверие.

Медицинский работник приобретает доверие больных в том случае, если он как личность гармоничен, спокоен **и** уверен, но не надменен. В основном, в тех случаях, когда его манера поведения — настойчивая **и** решительная, сопровождающаяся человеческим участием **и** деликатностью. Следует отметить, что принимая серьезное решение, врач должен представлять себе результаты такого решения, последствия его для здоровья и жизни пациента **и** повышать в себе чувство ответственности.

Особые требования к медицинскому работнику предъявляет необходимость быть терпеливым и владеть собой. Он должен всегда предусмотреть различные возможности развития заболевания **и** не считать неблагодарностью, неохотой лечиться или даже личным оскорблением со стороны больного, если состояние здоровья пациента не улучшается. Бывают ситуации, когда уместно проявить чувство юмора, однако без тени насмешки, иронии и цинизма. Такой принцип, как «смеяться вместе с больным, но никогда — над больным», известен многим. Однако некоторые больные не переносят юмора даже с добрым намерением и понимают его как неуважение и унижение их достоинства.

Имеются факты, когда люди с неуравновешенными, неуверенными **и** рассеянными манерами постепенно гармонизировали свое поведение по отношению к другим. Это достигалось как путем собственных усилий, так и при помощи других людей. Однако, это требует определенных психологический усилий, работы над собой, определенного критического отношения к себе, которая для медицинского работника есть и должна быть сама собой разумеющейся.

Отметим, что медицинский работник — молодой специалист, о котором больные знают, что он обладает меньшим жизненным опытом и меньшей квалификацией, находится при поиске доверия больных в более невыгодном положении по сравнению со своими старшими коллегами, имеющими опыт работы. Но молодому специалисту может помочь сознание того, что этот недостаток преходящий, который можно компенсировать добросовестностью, профессиональным ростом и опытом.

Несмотря на развитие положительных взаимоотношений врача к больному, эти отношения могут осложнять некоторые неблагоприятные черты темперамента врача, о влиянии которого говорилось выше. Напрмер, невыдержанные психологические проявления с избытком эмоциональности, например, гнева, или наоборот, замкнутость со слабыми эмоциональными реакциями и замедленность. Так или иначе, но основой положительных взаимотношений являются свойства личности врача. Пациент теряет доверие, а медицинский работник теряет авторитет, если у больного создается впечатление, что медицинский работник является тем, что называют в обиходе «плохой человек». Такое впечатление может возникнуть из различных наблюдений пациента. Например, больной слышит, как медицинский работник говорит о своих коллегах, видит, как он надменно относится к подчиненным: и заискивает перед начальством, наблюдает недоступность критике, болтливость и т.д. Тщеславность может проявляться, например, в том, что врач не просит о консультации более опытного коллегу или даже преувеличивает больному тяжесть его заболевания, чтобы получить после выздоровления больного большее признание и восхищение, психологические дивиденды.

Следует отметить, что личные недостатки медицинского работника могут привести пациента к мысли, что врач или медицинская сестра с такими качествами не будут добросовестными и надежными и при исполнении своих непосредственных служебных обязанностей.

Вообще, уравновешенная личность медицинского работника является для пациента комплексом гармонических внешних стимулов, влияние которых принимает участие в процессе его лечения, выздоровления, реабилитации. Медицинский работник может воспитывать и форми-

ровать свою личность, в том числе и наблюдая за реакцией на свое поведение непосредственно. Скажем, по разговору, оценке мимики, жестов больного. Также и косвенно, когда о взгляде на свое поведение он узнает от своих коллег. Да и он сам может помогать своим коллегам направлять их поведение в сторону более эффективного психологического взамодействия с пациентами.

3. Психология ОБЩЕНИЯ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

Положение и роль медицинской сестры приобретает в наше время большее значение.

Медицинская сестра проводит в прямом контакте с больным значительно больше времени, чем врач. Больной у нее ищет понимания и опоры. Если врач во взаимоотношениях с больным может в переносном смысле исполнять роль «отца», то медицинской сестре в этих взаимоотношениях принадлежит роль «матери». Само понятие «сестра — попечительница», «сестра милосердия» говорит о переносном характере этих взаимоотношений.

Подготовка медицинских сестер до недавнего времени концентрировалась прежде всего на технической стороне ухода за больными. Само собой разумеется, что ею тоже нельзя пренебрегать. Недооценивание психологического подхода медицинских сестер к больным часто приводило к тому, что больные выражали определенное недовольство и протестовали против формального и казенного поведения некоторых медицинских сестер, несмотря на то, что с физической точки зрения уход за ними был хорошим.

В развитии взаимоотношений между медицинской сестрой и больным иногда возникает опасность несоблюдения определенной необходимой дистанции, появления стремления к флирту или к беспомощному сочувствию. Некоторые медицинские сестры ухудшают свое положение по отношению к больным неконтролированной болтливостью и тем самым вносят конфликтные элементы во взаимоотношения между больными. Медицинская сестра должна уметь проявить понимание трудностей и проблем больного, но не должна стремиться решать эти проблемы.

И. Харди рекомендует применять следующие методы разговора медицинской сестры с больным с целью соблюдения вышеприведенных принципов:

1. Последнее предложение больного повторить в виде вопроса, например: «Стало быть, Ваша супруга Вас обидела?».

2. Задать вопрос, обобщающий все сказанное больным: «Если я не ошибаюсь, Вы хотите как можно скорее вернуться домой?».

3. Медицинская сестра не высказывается по поводу невыясненных проблем больного, не посоветовавшись с врачом.

4. Задать отвлеченный вопрос, например, при семейных проблемах во время болезни: «А кто заботится о детях?».

5. Сказать незаконченную фразу: «А если Вы сейчас вернетесь домой, так...?».

В контакте между сестрой и больным большое значение имеет личность медицинской сестры. Сестра может любить свою профессию, обладать прекрасными техническими данными и навыками, однако, если она в силу личностных особенностей часто конфликтует с больными, ее профессиональные качества не дают должного эффекта. Путь к истинному мастерству всегда долгий и нелегкий. Поэтому необходимо выработать нужный стиль работы и овладеть искусством благоприятного воздействия на больных.

И. Харди описывает **6** типов сестер по характеристике их деятельности:

Сестра-рутинер. Наиболее характерной чертой ее является механическое выполнение своих обязанностей. Порученные задачи такие сестры выполняют с необыкновенной тщательностью, скрупулезностью, проявляя ловкость и умение. Выполняется все, что нужно для ухода за больным, но самого-то ухода и нет, ибо работает автоматически, безразлично, не переживая с больными, не сочувствуя им. Такая сестра способна разбудить спящего больного только ради того, чтобы дать ему предписанное врачом снотворное.

Сестра, «играющая заученную роль». Такие сестры в процессе работы стремятся разыгрывать какую-нибудь роль, стремясь к осуществлению определенного идеала. Если их поведение переходит допустимые границы, исчезает непосредственность, появляется неискренность. Они играют роль

альтруиста, благодетеля, проявляя «артистические» способности. Поведение их искусственное, показное.

Тип «нервной» сестры. Это эмоционально лабильные личности, склонные к невротическим реакциям. В результате они часто раздражительны, вспыльчивы, могут быть грубыми. Такую сестру можно видеть хмурую, с обидой на лице среди ни в чем не повинных больных. Они очень ипохондричны, боятся заразиться инфекционным заболеванием или заболеть «тяжелой болезнью». Они нередко отказываются выполнять различные задания якобы потому, что не могут поднимать тяжести, у них болят ноги и т.д. Такие сестры создают помехи в работе и нередко вредно влияют на больных.

Тип сестры с мужеподобной, сильной личностью. Таких людей издали можно узнать по походке. Они отличаются настойчивостью, решительностью, нетерпимостью к малейшим беспорядкам. Нередко они недостаточно гибки, грубы и даже агрессивны с больными, в благоприятных случаях такие сестры могут быть хорошими организаторами.

Сестра материнского типа. Такие сестры выполняют свою работу с проявлением максимальной заботливости и сочувствия к больным. Работа у них — неотъемлемое условие жизни. Они все могут и успевают повсюду. Забота о больных для них — жизненное призвание. Часто заботой о других, любовью к людям проникнута и их личная жизнь.

Тип специалиста. Это сестры, которые благодаря какому-то особому свойству личности, особому интересу получают специальное назначение. Они посвящают свою жизнь выполнению сложных задач, например, в специальных лабораториях. Они фанатически преданы своей узкой деятельности.

Вербальное общение с пациентом может быть гораздо эффективнее, если придерживаться некоторых правил.

Необходимо: говорить медленно, с хорошим произношением, простыми, короткими фразами; не злоупотреблять специальной терминологией, она может быть непонятна пациенту; выбирать скорость и темп речи при общении с конкретным пациентом. Если говорить слишком медленно, пациент может подумать, что недооценивают

его возможность воспринимать информацию, если говорить слишком быстро — пациент может подумать, что сестра торопится; надо правильно выбирать время для общения, пациент должен иметь желание и интерес к беседе, лучше, если он сам задает вопросы, касающиеся лечения, режима и т.д.; не начинать беседу после информации от врача о неблагополучном исходе или неизлечимом заболевании; следить за интонацией голоса, чтобы она соответствовала тому, что необходимо сказать; выбирать нужную громкость; убедиться, что пациент понял, задавая ему открытые вопросы; юмор также способствует более эффективному вербальному общению.

Существуют различные рекомендации, помогающие сделать и письменное общение более эффективным.

Необходимо писать акккуратно, выбирать правильный размер и цвет букв — следует учитывать слабость зрения пациентов. Надо убедиться, включена ли в записку вся необходимая информация, выбирая простые и понятные слова, подписывать сообщение. Писать следует грамотно, ошибки подрывают авторитет медицинского работника.

При письменном общении важно, умеет ли человек читать, понимает ли написанное, видит ли написанное, знает ли язык, на котором написано сообщение. Неумеющему читать следует рисовать картинки. Надо быть точным, внимательным и т.д.

Одним из важных аспектов невербального общения является внешний вид. Если медицинский работник одет профессионально, пациент ему больше доверяет. Выражение лица также значительно влияет на общение с больными. Пациенты, как правило, смотрят на выражение лица сестры, когда она, например, делает перевязку, отвечает на вопросы о тяжести заболевания и т.д.

Эффективность общения во многом зависит от умения думать, говорить, слушать, читать, писать.

Такие невербальные способы общения, как прикосновение рукой к плечу, похлопывание по спине, объятия позволяют передать человеку привязанность, эмоциональную поддержку, ободрение. Многие специалисты сестринского дела свидетельствуют, что мастерство проведения оценки состояния пациента базируется на многих навыках бессловесного общения, в частности на прикосновениях.

Сестринскому персоналу, с учетом специфики деятельности, часто приходится вторгаться в личную, интимную или в «сверхинтимную» зону (менее 15 см.) комфорта пациента, выполняя те или иные сестринские манипуляции. В связи с этим, нужно внимательно относиться к зоне комфорта каждого и находить взаимоприемлемое для медицинского работника и пациента расстояние. Необходимо быть внимательным к проявлению пациентом или его близкими чувства дискомфорта, связанного с вторжением в зону комфорта.

Личность медицинской сестры, стиль и методы ее работы, владение техникой психологического воздействия на больных и умение обращаться с ними — все это является важным звеном в сложной системе мероприятий, обеспечивающих лечебный процесс.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Что ВЫ знаете об особенностях общения мед. работника и пациента?
2. Расскажите о видах общения.
3. Расскажите о личности мед. работника.
4. Что Вы знаете о тактике общения?
5. В чем особенности психологического общения в сестринском деле?
6. Опишите психологические типы медицинских сестер.

ГЛАВА 6. ПСИХОГЕНИИ И ЯТРОГЕНИИ

Многие исследователи в области психологии и медицины полагают, что психические конфликты в широком их понимании у человека занимают одно из ведущих мест в ряду причин болезней и особенно нервно-психических.

В связи с данной проблемой, создание атмосферы, исключающей возникновение психотравмирующих обстоятельств, свободной от страха и опасений, ***является*** особенно необходимым.

В предупреждении психических конфликтов особая роль принадлежит как тем лицам, которые вовлекаются в конфликт, так и тем, деятельность которых определяется постоянным общением с людьми. В первую очередь врачам, средним медицинским работникам, воспитателям и педагогам.

Для обычного, повседневного врачебного приема большое, но не одинаковое значение имеет внушаемость больного. В одних случаях такая повышенная внушаемость способствует закреплению в его сознании советов, разъяснений и рекомендаций опытного авторитетного медицинского работника. В других случаях обостренная внушаемость больного, глубокое убеждение его в непререкаемом авторитете врача может повлечь за собой возникновение болезненного, реактивного состояния в первую очередь тогда, когда врач нарушает тактику общения с больным. В связи с этим вопрос о профессиональных ***психогениях*** и ***ятрогениях,*** — один из важнейших для ***психопрофилактики.***

1. ПСИХОГЕНИИ

Психогении — это нарушения, возникающие в организме и в психике под влиянием различных, обычно тяжелых для личности, психических травм.

В возникновении психогений существенную роль играет определенная готовность к «психическому срыву», развивающаяся на фоне ослабленного организма после перенесенного заболевания, длительного нервного напряжения, специфических особенностей нервной системы и личностных черт.

В клинике психических болезней психогении разделяются на две различные по своему составу группы: реактивные состояния (психогенные или реактивные психозы) и неврозы.

Под влиянием психогенных факторов могут происходить различные нарушения в соматической сфере. Например: со стороны желудочно-кишечного тракта это тошнота, рвота, поносы, запоры, утрата аппетита, со стороны органов дыхания это одышка, удушье, кашель. В сердечно-сосудистой системе — психогенное повышение артериального давления, тахикардия, брадикардия, боли в сердце, нарушение ритма сердечной деятельности, ослабление сердечной деятельности вплоть до коллапса с потерей сознания, психогенные обмороки. Нередки случаи в практике, когда инфаркты и инсульты возникают у людей после тяжелых переживаний и

психических потрясений. В мочеполовой сфере психогенные нарушения могут проявляться задержкой мочи, иногда ее недержанием. Половая слабость у мужчин и половая холодность у женщин наиболее часто имеют психогенную природу. Известны и другие случаи психогенных нарушений.

Психогении возникают в связи с одномоментной, интенсивно воздействующей психотравмирующей ситуацией.

Психогении могут быть результатом относительно слабого, но продолжительного травмирования.

Взаимосвязь «души» и «тела», иначе психических процессов и организма, является основной проблемой философии и медицины. Впервые эта проблема нашла обоснование в трудах великих отечественных ученых-физиологов И.М. Сеченова, И.П. Павлова и их учеников. И.П. Павловым экспериментально доказана неразрывная связь между психическими и соматическими процессами.

Общеизвестно, что сильные эмоции сопровождаются сердцебиением, при этом отмечается покраснение или побледнение лица (в зависимости от того, происходит ли спазм или расширение сосудов). Характер и интенсивность этих проявлений зависят от особенностей личности и организма. Психические влияния могут вызвать головную боль или другие функциональные нарушения в организме.

Большинство зарубежных ученых рассматривают психосоматические нарушения с позиций психоанализа и сводят этиологию ряда болезней внутренних органов к влиянию сексуальных конфликтов. При этом широко используется введенное Фрейдом понятие «конверсии», означающее якобы имеющий широкое значение в патологии факт перехода энергии сексуальных влечений в болезненные нарушения различных органов тела.

Большое число сторонников за рубежом в трактовке психосоматических сдвигов в организме имеет теория Г. Селье о стрессе. ***По мнению Селье, всякое раздражение (стрессор) вызывает напряжение — стресс.*** Эта реакция может быть локальной, но может быть и системной. Она тем более выражена, чем более жизненно значимо воздействующее на организм раздражение. Селье признает значение нервной системы и психики в возникновении

общего адаптационного синдрома, но разрабатывает лишь эндокринно-соматическую сторону проблемы.

Концентрация центрального нервного механизма расстройств, вызываемых сильными раздражителями, дана в учении Н.Е. Введенского, И.П. Павлова. Н.Е. Введенский вводит понятие о парабиозе. Чрезмерные по частоте, силе или длительности раздражения изменяют функциональное состояние центральной и периферической нервной системы, причем реакция организма вначале становится извращенной (парадоксальной), а в дальнейшем в фазе торможения вообще внешне не обнаруживается (парабиоз — состояние, близкое к патологическому).

И.П. Павлов и его сотрудники показали, что чрезмерно сильные раздражители, трудные задачи приводят к нарушению условно-рефлекторной деятельности, к срыву. У животных при этом обнаруживаются похудание, одряхление, потеря аппетита, трофические нарушения кожных покровов, изъязвление поверхности внутренних органов. И.П. Павлов считал, что экспериментальные неврозы у животных являются аналогами психогенных заболеваний у людей.

Типичным внутренним заболеванием, в котором особую роль играет психотравмирующий или перенапрягающий момент, является язвенная болезнь. Известен невроз ожидания, сущность которого заключается в том, что боязливое ожидание того или иного болезненного проявления вызывает его возникновение. Например, боязнь покраснения вызывает само покраснение, боязнь половой слабости вызывает импотенцию и т.д.

Психическая травма нередко влечет за собой психовегетативные и психомоторные нарушения. Эмоция страха нередко сопровождается дрожанием тела и мышечной слабостью (подкашиванием ног и даже падением). Могут возникнуть психогенные параличи, которые имеют функциональный, преходящий характер. Сильное эмоциональное потрясение может повлечь за собой возникновение истерической слепоты.

Нередко под влиянием тяжелых переживаний развиваются психогенные состояния с картинами настоящих психических заболеваний. Это психогенная депрессия, психогенный ступор и психогенный параноид. На грани-

це между психозами и нервными расстройствами стоят неврозы, которые также имеют в основе психогению.

Соматогении — это психические нарушения, вызванные соматическими заболеваниями.

Они также называются соматогенными. Инфекции, интоксикации, заболевания внутренних органов часто являются источником психических нарушений. Например, может быть состояние тревоги и страха при заболеваниях сердца, особенно остро возникающее при приступах стенокардии. Инфекционные заболевания сопровождаются повышенной эмоциональной лабильностью, астенией. Ревматизм может привести к тяжелым психическим расстройствам.

В отдельных случаях психогенные факторы могут комбинироваться с соматогенными, взаимно усиливая друг друга.

В возникновении психогений существенную роль играет определенная готовность к психическому срыву, развивающаяся у пациента на фоне ослабленного из-за болезни организма, а также специфические особенности нервной системы и личностных черт.

Еще в начале 20-х годов швейцарский психиатр Е. Блейлер подчеркивал, что разные формы недисциплинированного медицинского мышления наблюдаются в ходе обследования больного. А также при распознавании ранних проявлений болезни, когда больной уже обеспокоен изменениями самочувствия и становится особенно предрасположенным к вольным, а иногда и ошибочным толкованиям своего меняющегося состояния.

Этому способствуют предрассудки, продолжающие бытовать в сознании многих лиц, предубеждения, с которыми пациент идет на прием к врачу, элементы недоверия к возможностям медицины, а иногда и страхи перед предстоящей процедурой медицинского освидетельствования, лечением и т.д. ***Такие пагубные самовлияния*** *больного* ***называют эгогениями.***

Е. Блейлер широко использовал термин ***«ятрогенный»*** для обозначения соответствующих состояний. Несколькими годами позже известный немецкий психиатр Бумке в статье «Врач как причина душевных расстройств» привел примеры неблагоприятных последствий влияния врача

на психику больного и закрепил за такими психогенными заболеваниями название ятрогении, т.е. нежелательные изменения психики **и** расстройства психики, порожденные врачом.

2. ЯТРОГЕНИИ

Неблагоприятное изменение психики, возникающее в результате намеренного внушающего воздействия медицинского работника на пациента, способствующее возникновению психических травм, неврозов **и** т.д. — называется ятрогенией.

Ятрогения может возникать, например, вследствие неосторожного комментирования медицинским работником особенностей заболевания пациента.

Ятрогении — это психогенные реакции, вызванные неправильным, непродуманным обращением медицинского работника с пациентом.

В широком смысле ятрогении относятся к психогениям.

Понятие — ятрогения. ***Его можно охарактеризовать таким образом — это заболевание или осложнение заболевания, вызванное тяжелыми переживаниями больного вследствие слов и действий врача или медицинской сестры, оказавших на больного отрицательное влияние.***

Наиболее часто ятрогения наблюдается у больных с определенными особенностями личности (тревожность, мнительность, склонность к ипохондрическим реакциям), усиленными болезнью. Это показывает, как важно медицинскому работнику контролировать свои высказывания при беседе с больным, следить за своими жестами **и** даже мимикой.

Например. Часто кардиофобия развивается у лиц, склонных к невротическим реакциям, после того, как врач скорой помощи, вызванный при начавшихся у больного неприятных ощущениях в области сердца, предписывает строгий постельный режим. Позиция врача скорой помощи в таких случаях вполне оправдана, он стремится не пропустить серьезного сердечно-сосудистого заболевания. Однако больной может фиксировать внимание на действиях и словах врача. Вот почему при повторных посещениях врача необходим уже строгий дифференцированный подход к состоянию больного.

Известно немало случаев, когда в ятрогенных заболеваниях различной степени выраженности был повинен средний медицинский персонал. И. Харди называл такие ятрогении ***соррогениями.***

Ятрогения опасна не только для больного, но и для членов его семьи, поскольку родственники (родители) при этом нередко считают себя виновными в возникновении у их детей (членов семьи) нервно-психических расстройств.

Сама процедура обследования больного не только обеспечивает распознавание болезни, но уже является началом влияния врача на больного, влияния благотворного и целебного или неблагоприятного и пагубного.

Особым вниманием следует окружать больных в детском и престарелом возрасте. Отношение врача к ребенку, к больному зрелого возраста и старому даже при одинаковой болезни должно быть совершенно различным. Это обусловлено в первую очередь возрастными особенностями их психики. У детей нередко болезнь оказывается следствием внушения родителей, в частности, результатом их болезненной обеспокоенности за судьбу ребенка. Следует помнить об особенной впечатлительности детей, о легкости возникновения у них боязливости и страха. Это и способствует тому, что дети легко становятся охваченными страхом. В детской практике недопустимо угрожать возникновением или ухудшением болезни и тем более смертью. В связи с этим необходимо, в частности, всеми силами избегать, особенно в коллективе детей и подростков, ошибочно формулируемых и неправильно исполняемых приемов и форм санитарного просвещения, которые могут оказать ятрогенный эффект.

Особенности психологии лиц старческого возраста сложны и многообразны. Они в большой степени обусловлены социально-психологическими особенностями.

Однако особенности психологии лиц позднего возраста следует постоянно учитывать в медицинской деятельности. К таким особенностям обычно относятся: ухудшение общего состояния в связи с процессом инволюции (биологического старения организма), боязнь одиночества, страх перед возможной беспомощностью и др. Сознание происходящих перемен побуждает одних считать себя тяжелобольными и немощными, других — не обращать внимание на те же

недуги. Задача врача при встрече с такими больными — выявить и использовать в интересах больного те сохранные функциональные системы или наиболее сохранные психические функции, которые могут быть использованы как им самим, так и больным для лучшей адаптации последнего к условиям болезни, для более полного его оздоровления.

Как уже отмечалось, ятрогении представляют собой частный случай психогений (болезней, возникающих вследствие психической травмы). Внутри этой группы болезней наряду с собственно ятрогениями выделяют ***ятропатии и дидактогении.***

Дидактогениями называют все формы отрицательного воспитательного влияния, вызванные ошибками воспитателей и педагогов.

Следует сказать, что ***ятрогенией в более узком смысле можно называть неблагоприятные изменения психики больного, развивающиеся в результате ошибки медицинского работника, в частности, несоответственного, ошибочного использования врачом психологических, словесных форм общения с больным.***

Возникает эффект повреждающего, ранящего значения слова. Как гласит пословица: «Слово не только лечит, но и калечит».

3. ЯТРОПАТИИ

Ятропатиями называют отрицательные последствия для больного неправильных действий или назначений врача или необоснованного использования инструментально-лабораторных исследований в ущерб здоровью больного.

Важно отметить тесную связь ятропатии и ятрогении. ***Изменения психики, возникающие ятрогенно,*** медицинские работники нередко ошибочно квалифицируют то как эпилепсию, астму, гастропатии, то как пограничные формы нервно-психических расстройств, развившихся как будто бы спонтанно. Начало лечения таких «болезней» нередко порождает патологические эффекты. Ошибочный диагноз может порождать ятрогению, а ***последующее*** лечение заболевания, основанное на ошибочном диагнозе порождает у больного — ятропатию. Позднее, если не исправляется врачебная ошибка, формируется крайне неблагоприятный для больного порочный круг.

Возникает усиливающий пагубный эффект от взаимодействия «ятрогения—ятропатия».

Необходимо отметить, что появление новых лабораторных методик, аппаратов для функциональной диагностики бесспорно являются достижениями современной медицины. Но злоупотребление этими методами в ущерб врачебному обследованию больного недопустимо. «Наша наука, — как писал немецкий терапевт Штрюмпель, — в результате увеличения числа диагностических вспомогательных методов стала в руках отдельных врачей скорее лабораторной наукой, чем частью практической и прикладной биологии».

«Делает ли неправильно операцию хирург, не учитывая всех «за» и «против» оперативного вмешательства, лечит ли врач больного фармацевтическим препаратом, непереносимым данным больным даже в обычной дозировке, — писал И.С. Четвериков, — во всех этих случаях в ухудшении состояния больного, присоединении нового заболевания или смерти фактически повинен врач».

Классификация ятропатии.

1. ***Ятропатии травматического происхождения.***

Сюда относят случаи травмы ребенка во время родов, последствия неправильно выполненной хирургической операции, спинномозговой пункции, анестезии, результаты нарушения техники инъекций и др.

2. Ятропатия интоксикационного происхождения.

К ним относят: ошибочный выбор лекарств, их дозы, осложнения, возникающие вследствие своевременно не выявленного врачом предрасположения больного к тем или иным токсическим (лекарственным) веществам; введение в организм больного ненужного для его лечения препарата. Сюда же следует относить последствия для населения непродуманного, массового использования фармакологических препаратов с целью самолечения; недооценку пагубных последствий токсического действия лекарств на организм, загрязнение систем и органов организма многообразными и беспорядочно принимаемыми фармацевтическими препаратами.

3. Ятропатии инфекционного происхождения.

К ним относят неблагоприятные последствия после применения сывороток и вакцин, различные осложнения, возникающие в связи с этим по вине медицинского работника.

4. Ятропатии организационного происхождения.

Возникают вследствии неправильной организации обследования, лечения и ухода за больными.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Дайте определение психогений.
2. Расскажите о причинах возникновения психогений.
3. Что такое соматогении и эгогении?
4. Сформулируйте определение ятрогении и соррогении.
5. От чего зависит возникновение ятрогении?
6. Дайте понятие ятропатии.
7. Какова взаимосвязь ятрогении и ятропатии?
8. Классификация ятропатии.

ГЛАВА 7. ПСИХОГИГИЕНА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

Психогигиена и психопрофилактика — области медицинской психологии, задачей которых является предоставление специализированной помощи практически здоровым людям с целью предотвращения нервно-психических и психосоматических заболеваний, а также облегчения острых психотравматических реакций (психогений),

Медики, психологи и педагоги объединяют усилия с целью проведения бесед и консультаций по вопросам брака и семьи, по борьбе с алкоголизмом, наркоманией а также по вопросам психопрофилактической работы в отношении воспитания подрастающего поколения.

Психогигиена настолько тесно связана с психопрофилактикой, что в некоторых случаях почти невозможно разделить их объекты и предметы изучения.

1. ПСИХОГИГИЕНА

Психогигиена — система специальных мероприятий, имеющих задачей сохранение и укрепление психического здоровья человека.

Психическое здоровье подразумевает и благополучие всего организма. Психогигиенические мероприятия имеют профилактическое значение не только в отношении

психогенных заболеваний, неврозов, психопатий, но и различных соматических заболеваний. Так, например, соблюдение требований психогигиены может играть несомненную и значительную роль в предупреждении инфарктов и мозговых инсультов, развитии гипертонической болезни и возникающих на ее почве гипертонических кризов. Известную роль психогигиена может играть в предупреждении алкоголизма, наркомании и некоторых психозов. Сложные взаимоотношения психического и соматического здоровья делают необходимой тесную связь психогигиены с общей гигиеной. Например, гигиенический режим питания способен предупредить наступление атеросклероза сосудов головного мозга. Занятия физкультурой и спортом поддерживают здоровье и укрепляют нервную систему, а вместе с тем и психику.

В психогигиене выделяют следующие разделы: 1) возрастная психогигиена; 2) психогигиена труда и обучения; 3) психогигиена быта; 4) психогигиена семьи и половой жизни; 5) психогигиена коллективной жизни.

Возрастная психогигиена.

Забота о психическом здоровье ребенка должна начаться с внутриутробного периода. В дальнейшем важное значение приобретают правильный режим, кормление, выработка привычек, положительные примеры, привитие чувства ответственности, дисциплины, установок на труд, чувства товарищества. В школьные годы необходимо учитывать нагрузки и перегрузки. В период полового созревания серьезного психогигиенического подхода требуют вопросы выбора профессии, а также вопросы, связанные с сексуальной жизнью. В этом же возрасте большое значение имеет разъяснительная работа о вреде курения, алкоголя. Важны просвещение подростков в начале жизненного пути по вопросам пола и любви, выбор пути в жизни, оценка окружающего и др.

Своеобразные психогигиенические проблемы возникают в пожилом и старческом возрасте. Они связаны с изменением привычного стереотипа, адаптацией пожилых лиц к новому социальному положению, зависимости от окружающих. Для здоровья пожилого человека важно правильное отношение к нему детей.

Психогигиена труда и обучения.

Нужно различать общие и частные (специальные) вопросы. Например, если профессия соответствует интересам и подготовке человека, то труд — источник радости, удовлетворения, психического здоровья. Большое психогигиеническое значение имеет система правильных отношений внутри коллектива. Нормальный ритм учебного процесса, удовлетворение результатами своего труда, постоянное повышение профессионального уровня — важные факторы, позволяющие человеку испытывать удовлетворение и радость от своей учебы и работы.

Необходимо изучать **и, пользуясь** научно обоснованными данными, улучшать гигиенические **и** психогигиенические условия людей, работающих в различных отраслях и различных условиях труда. Эти вопросы разрабатываются представителями ***эргономики,*** особой научной дисциплины о труде, объединяющей данные психологии, физиологии, анатомии, гигиены, педагогики и других областей знания о человеке.

Проблема сенсорного голода (недостаточность впечатлений, воздействий извне) особенно привлекает внимание представителей ***космической психологии*** и медицины. Развитие техники ставит перед психологией труда ряд новых проблем, которые должны решаться в тесной связи с новым разделом психологии — ***инженерной психологией.*** При решении вопросов НОТ необходимо в полной мере учитывать единство интересов производства **и** работающего человека.

Одним из важных разделов психогигиены труда является гигиена интеллектуального труда. Здесь большое значение имеет разработка дифференцированных гигиенических норм умственного труда для людей различных возрастов. Подлежит дальнейшему изучению вопрос об активном отдыхе, построенном в соответствии с условиями труда отдыхающего человека. Для работников умственного труда отдых целесообразно сочетать со спортом, посильным физическим трудом, прогулками.

Психогигиена быта.

Прежде всего, это вопросы взаимоотношений людей в быту. В ряде случаев в конфликтах могут участвовать лица, страдающие невротическими расстройства-

ми, психопатией, психически больные люди. Лечение и госпитализация таких людей — важное психогигиеническое мероприятие. Борьба с алкоголизмом и наркоманией составляет одну из задач общественной психогигиены.

Серьезной проблемой психогигиены становится изучение влияния на организм человека телевидения, радио и других средств массовой информации.

Психогигиена семьи и сексуальной жизни.

Любовь, дружба и взаимное уважение друг к другу старших членов семьи, справедливость в отношении младших, общность взглядов и интересов семьи, необходимая уступчивость в их взаимоотношениях — все это содействует созданию счастливой семьи, обеспечивает правильное воспитание детей. Неврозы особенно часто развиваются в неблагополучных семьях.

В психогигиеническом аспекте брака важен возраст вступления в брак. Важно, чтобы до брака было достаточно времени, чтобы будущие супруги лучше узнали друг друга, особенности характера и привычек. Лица, решившие вступить в брак, должны знать о наследственности своего избранника. Существует немало болезней, передающихся по наследству.

Одна из важнейших задач психогигиены — помощь в создании гармоничной половой жизни. Нарушения в этой области часто являются источником многих психических травм и нервных расстройств. Неправильно построенная половая жизнь делается нередко мучительной тайной человека, источником внутренних и внешних конфликтов. Именно на почве отклонений в половой жизни и неумении видеть ее эстетическую сторону часто возникают такие расстройства половой функции, как половая слабость у мужчин и фригидность у женщин. Надо отметить, что половая распущенность тесно связана не только с общими чертами характера человека, но и с общим моральным обликом личности. Доминирующее значение половой жизни у отдельных людей следует считать признаком патологического развития личности.

Медицинским работникам нужно расширять психотерапевтическую помощь при психогенных и непсихогенных нарушениях половой функции, при патологических

отклонениях от нормального полового развития и удовлетворения полового влечения.

Психогигиена коллективной жизни.

Взаимоотношения людей в семье, производственной бригаде, школьном классе, в общежитии, и в других каких-либо коллективах ставят вопрос о теснейшей взаимосвязи интересов человека с интересами окружающих. Как показал ряд исследований, при комплектовании трудовых коллективов, таких как бригады, команды, экспедиции и т.д. необходим учет взаимной совместимости участников по особенностям личности, иногда по возрасту, идейной направленности и др. Это сложные вопросы, которые каждый раз должны решаться в зависимости от стоящей задачи, от условий работы и многих других моментов. Особенно остро этот вопрос поднимается при отборе лиц, вынужденных жить в условиях изоляции (космические полеты, зимовки и т.п.).

Большая роль, помимо психологов и психиатров, должна отводиться и медицинским работникам многих специальностей и, в частности, средним медицинским работникам.

Человеческая психика, формы человеческих взаимоотношений, тем более в современном обществе многообразны. Поэтому внутри общей гигиены и сформировался специальный ее раздел, который получил название психогигиены.

Психогигиеной называют науку об обеспечении, сохранении и поддержании психического здоровья, иными словами, систему мероприятий, направленных на сохранение и укрепление психического здоровья человека.

Психогигиена со времени ее зарождения была постоянно и непосредственно связана с психопрофилактикой, с предупреждением возникновения, формирования и развития психических болезней. Но если *психопрофилактика больше нацелена на предупреждение возникновения конкретных психических расстройств, то цель психогигиены — формирование и поддержание психического здоровья.*

Со времени зарождения психогигиена связана не только с психопрофилактикой, но и с *психотерапией.* Поскольку психотерапия содержит многие приемы и методы, способствующие как лечению возникших заболеваний, так и коррекции нормальных качеств индивидуаль-

яости, нормальных качеств личности. Тесно сосуществуя с психопрофилактикой и психотерапией, непосредственно вытекая из общей гигиены, психогигиена представляет собой самостоятельный раздел медицинской науки со своими целями, задачами и приемами исследования.

Разнообразие в понимании сущности психогигиены в настоящее время определяется в первую очередь особенностями методологических взглядов тех или иных ее представителей.

Можно следующим образом классифицировать аспекты психогигиены.

Психогигиена детства. Детство сопровождается последовательным усложнением впечатлительности ребенка. Значение впечатлений, роль которых сохраняется всю жизнь, особенно наглядно прослеживается до 12-14-летнего возраста. В этот период детства ребенок живет главным образом впечатлениями, а психическая деятельность его формируется в первую очередь на основе впечатлений объектов и явлений непосредственной деятельности. В отличие от этого подросток, начиная с 12-14-летнего возраста, строит свои суждения и умозаключения уже на основе не только непосредственных впечатлений действительности, но и пересочетании образов непосредственных впечатлений с образами памятных представлений. В связи с этим субъективное оперирование такими образами, рефлексия становятся более типичными для подростка и юноши, чем, в частности, и отличается их психика от психики ребенка.

Психогигиена детства строится на особенных качествах психики ребенка и обеспечивает гармонию формирования его психики.

Психогигиена игровой деятельности ребенка. Главная особенность деятельности ребенка сводится к тому, что она проявляется всегда в играх. Ни в каком возрасте игра не имеет такого значения для формирования психики, как в детском. Правильная последовательно усложняющая организация игровой деятельности ребенка — это залог более последовательного и строгого формирования психики.

Психогигиена воспитания. Формирование психики ребенка направляется не стихийно, не просто пересочетанием переживаемых им непосредственных жизненных ситуаций. Такое формирование обеспечивается истори-

чески сложившимися системами воспитания, которые в большей или меньшей степени используются в воспитательном потенциале семьи. Повседневная практическая жизнь, обилие человеческих индивидуальностей, возможности возникновения аномалий в формировании психики свидетельствуют о том, что воспитание ребенка не может быть неорганизованным, оно направляется семьей и воспитателями учреждений и основывается на принципе последовательности, поэтапности.

Воспитание — действенное орудие в формировании гармонической личности, в формировании психического здоровья при строгом учете всех достижений психогигиены воспитания.

Психогигиена обучения. Воспитание представляет собой непрерывный процесс, который уже на ранних этапах жизни ребенка включает элементы обучения. Однако с началом посещения школы ребенком главным воспитателем его становится уже вся система обучения. Последнее не только обогащает объем его знаний и навыков, но, что более важно, правильно организованная система обучения оздоровляет психику, обеспечивает ее гармонию. Наоборот, дефекты обучения могут легко сказаться на надломе отдельных еще не развитых элементов психики ребенка, могут облегчить ретардацию или акселерацию развития отдельных элементов ее и, следовательно, привести к формированию аномальных черт личности.

Психогигиена обучения — один из ведущих и существенных разделов психогигиены, обеспечивающих в особенно ранимом и подверженном разнообразным влияниям подростковом возрасте сохранность формирования психики.

Психогигиена полового чувства. Сравнительно-возрастное рассмотрение психогигиены заставляет разграничить раздел психогигиены половой жизни на две части: на психогигиену полового чувтза и собственно психогигиену половой жизни. Известно, что именно в подростковом возрасте, в пубертатном периоде развития организма ребенка, появляются первые, вначале нередко «неясные чувства» происходящих в организме изменений в связи с половым созреванием и началом половой

зрелости. А у девочек этот период сопровождается иногда неожиданным для них появлением менструаций с вытекающими из этого психологическими последствиями. Начинающиеся у подростка сложные биологические изменения всегда сказываются на оценке им действительности, семьи, коллектива, общества. Жизненная практика свидетельствует о том, что все эти изменения протекают значительно менее болезненно и не нарушают гармонии формирующейся психики подростка, если последний разумно подготовлен к их началу, если ему оказана помощь со стороны взрослых, если его мироощущение корригируется по мере возникновения у него этих неосознанных и непонятных в самом начале чувств.

Психогигиена полового чувства с одной стороны, исследует, а с другой — разрабатывает мероприятия, направленные на поддержание формирующейся гармонии психики в пубертатном периоде развития ребенка.

Психогигиена юношества. Юношеский возраст по систематике возрастов разными исследователями не всегда четко отграничивается от подросткового. Однако его отличают определенные особенности по сравнению с подростковым (отрочеством). Юношество — это переход к этапу формирования общественного сознания, общественного самосознания. Это переход к пониманию того, что любой элемент деятельности индивидуума, что любое качество, свойственное ему, не является уделом жизни и деятельности самого индивидуума, а порождается его коллективной, его общественной деятельностью, его общественной принадлежностью. Юношеский возраст (17-21 год), в отличие от отрочества, это период, когда человек выходит в сферу самостоятельной жизни, самостоятельной деятельности. Это период, когда человек впервые приобретает права гражданства, приобретает качества полноценного члена общества, это период, когда человек впервые начинает отрываться от семьи, от сложившихся традиций в ней и формировать новое мировоззрение, представление о семье, а позднее и новую семью. Все эти особенности нуждаются в специфической коррекции, специфическом управлении ими для сохранения и поддержания наиболее передовых, наиболее совершенных, наиболее гармоничных качеств психики будущего.

Психогигиена брака. Современные данные статистики свидетельствует о том, что в последние десятилетия в Роосии и в ряде европейских стран значительно увеличилось число разводов, что неудачно сложившийся брак играет большую роль в возникновении алкоголизма, преступности и др. Известно, что дети, воспитываемые в неполных семьях одним родителем, находятся в сложных обстоятельствах, которые часто отрицательно сказываются на их формирующейся психике. Многие факты показывают, что возникновение целого ряда пограничных форм патологии в неполных семьях имеет место значительно чаще, чем в гармоничных семьях. Существует настоятельная необходимость правильной подготовки к браку, созданию условий гармоничных браков, разработки системы мероприятий, направленных на упрочение гармонии сохраняющейся семьи.

Детальные меры психогигиены практически совпадают с конкретными формами психопрофилактики применительно к тем или иным жизненным обстоятельствам и возрастным периодам.

2. ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

Психопрофилактика — это система мероприятий, цель которых — изучение причин, способствующих возникновению психических заболеваний и нарушений, их своевременное выявление и устранение.

В любой области медицины, будь то хирургия, терапия, инфекционные или другие болезни, российское здравоохранение большое внимание уделяет вопросам профилактики. При решении вопросов предупреждения различных психических расстройств и заболеваний профилактические мероприятия должны своевременно внедряться в жизнь и практику здравоохранения.

Методы психопрофилактики включают, в частности, предупреждение обострений психического заболевания. Поэтому может быть необходимым изучение динамики нервно-психического состояния человека во время трудовой деятельности, а также в бытовых условиях.

С помощью целого ряда психологических и физиологических методов ученые исследуют влияние различных профессиональных вредностей некоторых отрас-

лей труда (факторы интоксикации, вибрации, значение перенапряжения в работе, самого характера производственного процесса и т.д.).

Психопрофилактика представляет собой раздел общей профилактики, который включает в себя мероприятия, направленные на предупреждение психических заболеваний.

Между психикой человека и его соматическим состоянием имеется тесная связь. Устойчивость психического состояния может оказывать влияние на соматическое состояние. Известно, что при большом эмоциональном подъеме редко возникают соматические заболевания (примером могут служить военные годы).

Состояние соматического здоровья также может оказывать влияние на психику человека, вести к возникновению тех или иных расстройств или препятствовать им.

В.А. Гиляровский писал, что роль нервного подъема в преодолении трудностей для организма и, в частности, вредностей для нервной системы должна быть использована в планировании работ психопрофилактического характера.

Задачами профилактики являются: 1) предотвращение действия на организм болезнетворной причины, 2) предупреждение развития заболевания путем раннего его диагностирования и лечения, 3) предупредительное лечение и мероприятия, предотвращающие рецидивы болезни и переход их в хронические формы.

В профилактике психических заболеваний большую роль играют общепрофилактические мероприятия, такие, как устранение инфекционных заболеваний, интоксикаций и других вредных воздействий внешней среды.

Под психической профилактикой (первичной) принято понимать систему мероприятий, направленных на изучение психических воздействий на человека, свойств его психики и возможностей предупреждения психогенных и психосоматических болезней.

Все мероприятия, относимые к психической профилактике, направлены на повышение выносливости психики к вредным воздействиям. К ним относятся: правильное воспитание ребенка, борьба с ранними инфекциями и психогенными воздействиями, которые могут вызвать задержку психического развития, асинхронию раз-

вития, психический инфантилизм, которые делают психику человека неустойчивой к внешним воздействиям.

Первичная профилактика включает в себя также несколько подразделов: провизорную профилактику, целью ее является охрана здоровья будущих поколений; генетическую профилактику — изучение **и** прогнозирование возможных наследственных заболеваний, которая направлена также на оздоровление будущих поколений; эмбриональную профилактику, направленную на оздоровление женщины, гигиену брака **и** зачатия, охрану матери от возможных вредных влияний на плод **и** организацию родовспоможения; постнатальную профилактику, состоящую в раннем выявлении пороков развития у новорожденных, своевременном применении методов лечебно-педагогической коррекции на всех этапах развития.

Вторичная профилактика. Под ней понимают систему мероприятий, направленных на предупреждение опасного для жизни или неблагоприятного течения уже начавшегося психического или другого заболевания. Вторичная профилактика включает раннюю диагностику, прогноз и предупреждение опасных для жизни больного состояний, раннее начало лечения и применения адекватных методов коррекции с достижением наиболее полной ремиссии, длительной поддерживающей терапии, исключающей возможности рецидива болезни.

Третичная профилактика — система мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инвалидности при хронических заболеваниях. В этом большую роль играет правильное использование лекарственных и других средств, применение методов лечебной **и** педагогической коррекции.

Все разделы психопрофилактики особенно тесно связаны в тех случаях профилактики психических заболеваний, в которых речь идет о таких расстройствах, как реактивные состояния, в возникновении которых играют роль не только психогенные моменты, но и соматические расстройства.

Как уже говорилось, психогениями принято называть заболевания, вызванные психическими травмами. Термин «психогенные заболевания» принадлежит Зоммеру и вначале применялся только для истерических расстройств.

В.А. Гиляровский для обозначения этих состояний пользовался термином «пограничные состояния», подчеркивая этим, что указанные расстройства как бы занимают пограничное место между психическим заболеванием и психическим здоровьем или соматическими и психическими заболеваниями.

По мнению многих специалистов, с нервно-психическими нарушениями и болезнями необходимо вести такую же усиленную борьбу, как и с инфекциями.

Методы психопрофилактики и психогигиены включают в себя психокоррекционную работу в рамках консультативных центров, «телефонов доверия» и других организаций, ориентированных на психологическую помощь здоровым людям. В числе психопрофилактических мероприятий могут быть — массовые обследования с целью выявления так называемых групп риска и профилактической работы с ними, информация населения и т.д.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Что такое психогигиена и психопрофилактика?
2. Понятие психогигиены.
3. Расскажите о разделах психогигиены.
4. Классификация психогигиенических аспектов.
5. Дайте определение психопрофилактики.
6. Расскажите о задачах психопрофилактики.
7. Что такое первичная, вторичная и третичная психопрофилактика?

ГЛАВА 8. ПСИХОТЕРАПИЯ

Психотерапия включает дифференцированный и чуткий подход к больному, влияние режима, но главное — комплекс мероприятий, направленных на воздействие словом, — логотерапию.

Психотерапия — это комплексное лечебное вербальное и невербальное воздействие на эмоции, суждения, самосознание человека при многих психических, нервных и психосоматических заболеваниях.

История психотерапии уходит в глубь веков — в древний Египет, Индию, Грецию. Систематическое изучение

явлений внушения и гипноза началось с конца XVIII века. Английский ученый Бред, который ввел термин «гипноз», считал, что это следствие утомления органов чувств.

Реабилитация больного — это часто сложный процесс, требующий большого напряжения воли **и** врача, **и** больного. Нередко именно психогенная реакция больного на дефект вызывает большую потерю трудоспособности, чем сам дефект. Не каждый больной может легко смириться с дефектом, привыкнуть к нему, найти для себя пути компенсации. Во время Великой Отечественной войны и других войн можно было видеть, как сильные натуры усилием воли преодолевали значительные дефекты. Описание таких фактов нашло отражение даже в художественной литературе — А. Мересьев («Повесть о настоящем человеке»).

Для успешной работы с больными необходимо использовать все виды психического воздействия: книги, журналы, кино, психотерапевтические беседы, но всегда учитывать возможности больного, его интересы, интеллектуальный уровень **и** жизненную установку.

Вообще, психотерапию рассматривают как привлечение врачом всех возможностей лечебного влияния на больного, воздействуя через его эмоциональные реакции, используя интеллектуальные возможности и условно-рефлекторные связи с первосигнальным и второсигнальным значением. *В каждом лечебном воздействии должен иметь место и психотерапевтический компонент.*

Но психотерапия существует и как самостоятельный метод лечения. При некоторых заболеваниях ей принадлежит решающая роль. Например. В медицинском папирусе Эберс (XVI в. до н.э.) вместе с 900 прописями целебных снадобий и зелий приводятся слова заклинаний, которые необходимо произносить, прикладывая лекарства к больным членам. Научно объяснить психические методы лечения попытался венский врач А. Месмер в конце XVIII века. Психическое воздействие он объяснил действием «магнетического флюида» — особой жидкости, как бы разлитой во вселенной и обладающей способностью передаваться от одного лица к другому.

Развитие психотерапии как научно обоснованного метода начинается с XIX века и связано с именами В.А. Манассеина, С.П. Боткина, Г.А. Захарьина, С.С. Корсакова,

Левенфельда, Мебиуса, которые высказывали мнение о возможности психических воздействий при лечении различных заболеваний.

В дальнейшем психотерапия развивалась в тесной зависимости от изучения гипноза. Гипноз — греческое слово, означающее сон. Название это предложено английским хирургом Джемсом Бредом в 1843 г. и прочно вошло в медицинскую практику.

Французский невролог Ж. Шарко трактовал гипнотические явления как проявление искусственного невроза, т.е. заболевания центральной нервной системы, психики. Его соотечественник Бернгейм утверждал, что гипноз — это внушенный сон.

Огромный вклад в развитие отечественной и мировой психотерапии внесли труды И.П. Павлова, его учеников и последователей. Физиологический механизм гипноза был вскрыт работами И.М. Сеченова, И.П. Павлова, Н.Е. Введенского, В.М. Бехтерева, К.И. Платонова. Гипноз рассматривается как частичный сон, в основе которого лежит условнорефлекторный тормозный процесс в корковых клетках. При этом с помощью рапорта (словесной связи врача с пациентом) можно вызывать разнообразные реакции со стороны организма человека, находящегося в состоянии гипноза. Это возможно потому, что слово благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека связано со всеми внешними и внутренними раздражителями, приходящими в большие полушария мозга, обо всех их сигнализирует, всех их заменяет и потому может вызвать все те действия, реакции организма, которые обусловливают эти раздражения. Раскрыв физиологические механизмы сна, переходных состояний и гипноза, И.П. Павлов дал научное объяснение всем явлениям, которые веками считались таинственными и загадочными. Учение И.П. Павлова о сигнальных системах, о физиологической силе слова и внушения стало основой для научной психотерапии.

Психотерапия — это не всегда гипноз, это внушение в состоянии бодрствования и убеждение больного. Механизм такого воздействия близок к гипнотическому.

Существуют различные направления в области психотерапии.

1. Классическая глубинная психотерапия (Фрейд, индивидуальная психология Адлера и аналитическая психология Юнга).

2. Динамическая психотерапия (Э. Фромм, X. Салливан, Массерман, Морено, Роджерс).

3. Антропологическая психотерапия (жизненный анализ и логопсихотерапия Франкла).

4. Павловская психотерапия (Мясищев, Платонов, Давиденков, Лебединский, и др.). Ленинградская школа Мясищева, так называемая патогенетическая психотерапия, она направлена на личность, историю ее жизни и конфликты.

5. Психотерапия бихевиоризма (Айзенк, Вольпе).

6. Эклектицизм, синтетические и интегративные направления.

Такое деление является лишь попыткой, которая старается вместить в одну схему совершенно различных авторов, так как невозможно в одной схеме отобразить большое количество направлений.

Психотерапия характеризуется как продуманное психическое воздействие на расстройства организма при помощи раздражителей социальной интеракции, имеющих определенный смысл и значение. Охрактеризовав психотерапию как таковую, надо определить ее цели. Она и кажется вполне понятной: устранение, излечение расстройства, болезненного симптома. Однако, есть существенная разница в том, если скажем «устранить» или «излечить». Если мы, например, устранили у больного навязчивую идею или фобию, то это еще не значит, что мы его вылечили. Психотерапевтический успех может оказаться временным, так как могут возникнуть другие навязчивые идеи. По существу дело касается двойной цели: избавиться от болезненного симптома или, как говорят, попытаться сделать реструктурацию, реориентацию личности пациента в целом и тем самым надолго устранить болезненные симптомы.

Принято разделять психотерапию на общую, частную или специальную.

Под психотерапией в широком смысле слова, или под общей психотерапией, понимают весь комплекс психических факторов воздействия на больного любого профиля с целью повышения его сил в борьбе с болезнью.

Необходимо создание вокруг пациента охранительно-восстановительного режима, исключающего психическую травматизацию. В этих случаях психотерапия является вспомогательным средством, и она необходима в любом лечебном учреждении.

Специальная, или частная, психотерапия применяется в клинике таких заболеваний, при которых психические методы лечения выступают на первое место и составляют то основное лечение, которым пользуется врач. С этой целью используются различные методики психотерапии.

Психотерапия имеет своей задачей воздействие на психику больного для урегулирования нарушенной динамики нервных процессов, для более благоприятного протекания всех нервных и психических процессов.

Для успеха психотерапии требуется перестройка отношения больного к сложившимся обстоятельствам, к окружающим, к своей болезни и болезненным проявлениям. При этом должна учитываться возможность перестройки побуждений больного, направленности его интересов и форм поведения.

Психотерапия — это лечебное мероприятие, воздействующее на вторую сигнальную систему, а через нее и на весь организм больного.

Психотерапия — это не только воздействие словом, хотя слово самый важный компонент этого воздействия. Имеет значение и мимика врача, и его поведение, и интонация, а также обстановка, в которой больной слышит слово врача.

В экспериментах и клинике установлено, что слово подкрепляет воздействие несловесных факторов, и оно может терять силу, если не находит подкрепления в предыдущем опыте человека. Убедительные слова врача не будут достигать желаемого эффекта, если они противоречат основным позициям личности, противоречат его убеждениям. Большое значение для успеха психотерапии имеет правильный выбор наиболее нужных и действенных слов.

Слово обозначает не только предмет, действие, качество, но выражает отношение говорящего, оно вызывает те или иные эмоции, может побуждать к деятельности или предотвращать ее.

Психотерапевтическое влияние на больного обязан оказывать каждый медицинский работник. Но в специальных случаях этим занимается психотерапевт. Психотерапевтическое воздействие должно быть строго индивидуальным. То есть, с учетом причины болезни, специфики синдромов, особенностей личности больного и его взаимоотношений с окружающей средой. Больному в доступной форме рассказывается о причине болезни, ее развитии и путях к устранению или смягчению тех или иных нарушений. В период между лечебными процедурами психотерапии включаются различные оздоровительные и тренирующие мероприятия. В процессе бесед проводятся и меры по «перевоспитанию» личности, стимуляции и активизации ее на преодоление трудностей и на борьбу с заболеванием.

Психотерапевтическое убеждение. Метод, наиболее способствующий образованию связи с больным, создает систему их взаимоотношений, оказывающую воздействие **на** эмоциональную сторону деятельности, **на** интеллект и личность больного в целом.

Такое воздействие обеспечивает наиболее широкие связи слов, произносимых врачом, с опытом больного, с его представлениями о болезни, жизненными установками и молсет подготовить его к разумной переработке всего сказанного врачом, может способствовать усвоению слов врача. Пользуясь методом психотерапевтического убеждения, врач может воздействовать не только на представления и взгляды больного на болезнь, но и оказать влияние на качества личности. В этом влиянии врач может использовать критику поведения больного, его неадекватную оценку ситуации и окружающих, но эта критика не должна оскорблять и унижать больного. Он всегда должен чувствовать, что врач понимает затруднения больного, сочувствует и испытывает к нему уважение, стремление помочь.

Неправильное представление о болезни, о взаимоотношениях с окружающими, о нормах поведения формируются у человека годами и для их изменения требуется многократное разубеждение. Аргументы, приводимые врачом, должны быть понятны больному. Убеждая больного изменить сложившуюся ситуацию, необходимо учитывать его реальные возможности, жизненные установки, представление о морали и др. Беседа, проводимая с боль-

ным, должна вызывать у него эмоциональную реакцию, содержать элемент внушения, должна быть направлена на активное стимулирование, на перестройку его поведения.

Пользуясь этим методом, врач в доступной для больного форме может сообщить **о** причинах болезни, механизмах возникновения болезненных симптомов. Для наглядности врач может пользоваться демонстрацией рисунков, таблиц, графиков, приводить примеры из жизни и литературы, но всегда должен учитывать принцип посильности и доступности **для** больного тех фактов, которые сообщаются.

Если врач использует неизвестный термин или говорит о непонятных закономерностях, то больной может не спросить, что **это** значит, боясь показать ***свою*** неграмотность или некультурность. Разговоры, недостаточно понятные больному, вместо пользы обычно причиняют вред, так как больной, аффективно настроенный к своей болезни, склонен оценивать непонятные слова врача не в свою пользу.

Функциональная тренировка. Это вариант психотерапии в бодрствующем состоянии. При лечении больных, которые, например, боятся выходить на улицу из-за страха, что что-то случится **с** сердцем или они могут внезапно умереть, применяют сложную систему тренировок. Например, постепенно расширяя участок, на котором больной решается совершать прогулки, врач убеждает больного, совершая с ним вместе или, давая ему задание пройти или проехать определенный отрезок пути. При дальнейшей работе используются достигнутые успехи и на них строится усложнение заданий. Этот тренинг следует рассматривать как активирующую и стимулирующую психотерапию. Основная задача психотерапии — восстановление потерянной больным активности, восстановление его способности к полноценной активной жизни, что всегда связано с правильной оценкой человеком своих возможностей. Психотерапевтическая тренировка имеет своей задачей как непосредственное воздействие на нервную динамику, так и перестройку отношения больного к тренируемым функциям, к себе в целом.

Внушение в бодрствующем **состоянии.** При этом методе психотерапевтического воздействия всегда имеется

элемент убеждения, но решающая роль принадлежит именно внушению. При некоторых истерических расстройствах можно получить терапевтический эффект (однократный). Например, осуществляется внушение в виде приказа: «Откройте глаза! Вы можете все хорошо видеть!» и т.д.

Успех лечения зависит от особенностей личности больного, от авторитета врача, от веры в него самого больного, также имеет значение повышенная внушаемость больного, подготовленность его к такой беседе.

Гипнотерапия со времен Бреда **и** по настоящее время для вызывания гипнотического сна пользуется методом словесного внушения **и** иногда фиксации взора на блестящем предмете, в последующем для большего эффекта стали применять монотонные однообразные раздражители, воздействующие на зрительный, слуховой и тактильный анализаторы.

Коллективная гипнотерапия. Предложена В.М. Бехтеревым. При коллективной гипнотерапии усиливается внушаемость за счет взаимного внушения **и** подражания. Это необходимо учитывать при подборе группы для проведения коллективной гипнотерапии. Желательно, чтобы среди больных были высокогипнабельные **и** выздоравливающие, которые бы оказывали на остальных положительное влияние. Применение коллективной гипнотерапии дает возможность реализовать лечебные внушения большинству больных во время одного сеанса. Этот вид психотерапии широко используется и в амбулаторной практике.

Аутогенная тренировка. Аутогенная тренировка — метод, предложенный немецким психотерапевтом Иоганном Шульцем. Принцип метода заключается в том, что специальными упражнениями больной обучается вызывать у себя ощущение тяжести, тепла в руке, сердцебиение, изменение частоты дыхания и др. Направленность упражнений состоит в том, чтобы переключить болезненные симптомы на регулируемые вегетативные функции.

Проведение занятия коллективно, по 4-10 человек в группе. До начала тренинга врач проводит разъяснительную беседу, рассказывает об особенностях нервной вегетативной системы, о ее роли и проявлениях в жизни человека. В доступной для больного форме дается объяснение особенностям двигательных реакций и особенно

состояния мышечного тонуса в зависимости от настроения. Приводятся примеры мышечного напряжения при различных эмоциональных состояниях. При этом, необходимо, чтобы больной отчетливо усвоил различие между функциями вегетативной нервной системы и анимальной. Он должен понять, что может произвольно совершать движения и не может заставить двигаться желудок или кишечник. Управлять некоторыми вегетативными функциями он должен научиться в процессе аутогенной тренировки.

Методика, предложенная Шульцем, состоит из двух ступеней — высшей и низшей. Низшая ступень состоит из шести упражнений, во время отработки которых больной обучается вызывать ощущение тяжести в руках и ногах, ощущение тепла в руках и ногах, урегулирование сердечных сокращений и дыхания и затем ощущения тепла в области солнечного сплетения и ощущения прохлады на лбу. При этом внушения сопровождаются повторением формулы о спокойствии.

Тренировки больными проводятся — лежа, полулежа или сидя. В зависимости от заболевания избирается поза тренировки. Так, при болезнях брюшной полости и бессоннице рекомендуется поза лежа. Аутогенная тренировка требует длительной работы с больными, так как на отработку одного упражнения требуется две недели. Как правило, врач встречается с больными два раза в неделю, чтобы проверить, как идет овладение упражнениями, разъясняет и новые. Пациент должен самостоятельно проводить по три занятия в день. После того, как больной овладеет низшей ступенью, можно переходить к направленному самовнушению против болезненных расстройств.

Обычно эффект достигается после многомесячных домашних тренировок. Высшая ступень тренировки помогает больному управлять своими душевными переживаниями.

Аутогенная тренировка может быть показана в тех случаях, в которых необходимо научить быстро истощающегося больного восстанавливать работоспособность, уменьшать или снимать душевное напряжение, функциональные расстройства внутренних органов и в

тех случаях, когда надо научить больного владеть собой. Применяется при заикании, нейродермитах, сексуальных расстройствах, для обезболивания родов, устранения или смягчения предоперационных и послеоперационных эмоциональных наслоений.

Аутогенная тренировка относится к активирующей психотерапии, так как при ее использовании человек сам проявляет активность и имеет возможность убедиться в своих возможностях.

Наиболее известными и распространенными психотерапевтическими методами являются: суггестивные (гипноз и иные формы внушения), психоаналитические (психодинамические), поведенческие, феноменологически-гуманистические (к примеру, гештальт-терапия), используемые в индивидуальной, коллективной и групповой формах.

Суггестивные методы — разнообразные психологические воздействия с помощью прямого или косвенного внушения, т.е. вербального или невербального влияния на человека с целью создания у него определенного состояния или побуждения к определенным действиям. Внушение может сопровождать изменением сознания пациента, создания специфического настроя к восприятию информации со стороны психотерапевта. Оказание суггестивного воздействия подразумевает наличие у человека особых качеств психической деятельности: внушаемости и гипнабельности.

Внушаемость — это способность некритично (без участия воли) воспринимать получаемую информацию и легко поддаваться убеждению в сочетании с признаками повышенной доверчивости, наивности и иных черт инфантилизма.

Гипнабельность — это психофизиологическая способность (восприимчивость) легко и беспрепятственно входить в гипнотическое состояние, поддаваться гипнозу, т.е. изменять уровень сознания с формированием переходных между сном и бодрствованием состояний.

Гипноз. Выделяют три стадии гипноза: летаргическую, каталептическую и сомнамбулическую. При первой у человека возникает сонливость, при второй — признаки каталепсии — восковая гибкость, ступор (обездви-

женность), мутизм, при третьей — полная отрешенность от реальности, снохождения и внушенные образы. Применение гипнотерапии является обоснованным при истерических невротических, диссоциативных (конверсионных) расстройствах и истерических личностных расстройствах.

Внушение, используемое в виде гетеросуггестии (внушения, производимого другим лицом) и аутосуггестии (самовнушения), направлено на снятие эмоциональных невротических симптомов, нормализацию психического состояния человека в кризисные периоды, после воздействия психических травм и как способ психопрофилактики. Эффективно применение суггестивных методов психотерапии для снятия психологических дезадаптивных типов реагирования индивида на соматическое заболевание. Используют косвенные и прямые способы внушения. При косвенном прибегают к помощи добавочного раздражителя.

Психоаналитическая психотерапия исходит из бессознательного механизма формирования психопатологической симптоматики (невротической, психосоматической) и вследствие этого направлена на перевод бессознательных влечений в сознание человека, их переработку и отреагирование. В классическом психоанализе выделяются такие психотерапевтические методики, как метод свободных ассоциаций, реакции переноса и сопротивления. При применении метода свободных ассоциаций человек продуцирует поток мыслей, воспоминаний детства, не поддающихся анализу и критике, а психотерапевт-психоаналитик оценивает их, рассортировывая в зависимости от значимости, стараясь выявить вытесненные из сознания патогенные детские переживания. Затем от пациента требуется отреагирование (катарсис) значимых переживаний с целью избавления от их негативного влияния на психическую деятельность. Сходным образом происходит процесс терапии при анализе сновидений, ошибочных действий (описок и оговорок) человека, за которыми, как считается в психоанализе, стоит символическое обозначение симптомов и проблем в связи с вытеснением их из сознания. Основным показанием для применения психоаналитической психотерапии является анализируе-

мость пациента (феномен, сходный с гипнабельностью и внушаемостью **в** суггестивной психотерапии), зависящая от личностных особенностей пациента, **в** первую очередь, от интенсивности мотивации на длительный процесс терапии, а также от способности снять контроль над своими мыслями и чувствами и способности к идентификации с другими людьми. К противопоказаниям относят истерические личностные расстройствам

Поведенческая психотерапия описана в разделе психокоррекционных мероприятий, поскольку она не является **в** полной мере терапевтически направленной. Суть ее не купирование, т.е. лечение психопатологической симптоматики, внедрение **в** процесс этиопа-тогенеза заболевания, но научение и тренинг. Когнитивную психотерапию справедливее отнести **к** методам консультирования, чем **к** терапии. Это связано **с** формированием личностной позиции в большей степени **с** помощью методов диалога и партнерства между пациентом (клиентом) и терапевтом.

Феноменологически-гуманистическое направление психотерапии. Близко к психологическому консультированию. Наиболее технически разработанной является гештальттерапия. К основным методикам гештальттерапии относятся: упражнения, направленные на расширение осознания с использованием принципа «здесь и теперь»; формирование завершенных гештальтов с помощью интеграции противоположностей; работа с мечтами и др. Через вегетативную систему осуществляется связь эндокринного аппарата с центральной нервной системой.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ и ЗАДАНИЯ

1. Что такое психотерапия?
2. Какие психотерапевтические методы вам известны?
3. Что Вы знаете о психотерапевтических направлениях?
4. Что такое суггестивные методы?
5. Расскажите об аутогенной тренировке.
6. Расскажите о внушении и психотерапевтическом убеждении.
7. Что такое гипноз?
8. Что такое гипнабельность и внушаемость?

ГЛАВА 9. ВВЕДЕНИЕ В ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ

Важной стороной взаимодействия медицинского работника и пациента является этика и деонтология — учения о нравственных основах поведения человека, в том числе в условиях диагностического и лечебного взаимодействия Кроме того, наиболее важными проблемами считаются проблемы врачебной тайны, эвтаназии, сообщения пациенту истинного диагноза его заболевания, паттернализма, реконструкции личности при психотерапии и другие. Некоторые из перечисленных проблем можно отнести к сфере правового регулирования диагностического и лечебного процесса. Однако традиции, существующие в обществе, нередко приводят к их столкновению. К примеру, необходимость информировать онкологически больного об истинном диагнозе его заболевания, обусловленная правовым принципом, часто приходит в противоречие с точкой зрения врача или сообщества врачей о негуманности данного действа, о необходимости использования для поддержания психологически комфортного состояния пациента принципа «святой лжи».

Квалификация медицинского работника включает в себя такие качества, как уровень знаний и навыков, которыми он обладает, и использование им в профессиональной деятельности нравственных принципов. Ни в какой иной специальности нет такой взаимообусловленности этических и профессиональных качеств человека.

Медицинская этика и деонтология — это совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении им своих профессиональных обязанностей. Этика определяет законы морали и нравственности, нарушение которых зачастую не ведет к уголовной или административной ответственности, но приводит к нравственному суду, «суду чести». Этические нормы поведения достаточно динамичны. В первую очередь, они подвержены влиянию общественных факторов и норм общественной морали.

В теоретическом плане задачами медицинской этики становится выявление этической оправданности и обоснованности моральных норм. В области медицинской этики

доминируют две теории морали: деонтологическая и утилитарная. Первая считает основой нравственной жизни долг, выполнение которого связано с внутренним повелением. Следуя долгу, человек отказывается от корыстного интереса и остается верен самому себе (И. Кант). Основным критерием нравственности выступает честность. Вторая теория морали исходит из убеждения о том, что критерием оценки поступков человека является полезность.

Принципы непричинения вреда, благодеяния и справедливости вытекают из клятвы Гиппократа и соответствующим образом нацеливают медицинского работника.

Конкретные этические нормы, применяемые в медицине, включают правдивость, приватность, конфиденциальность, лояльность и компетентность. Этические нормы поведения врача, разработанные еще Гиппократом, в настоящее время все чаще подвергаются критическому анализу.

Сложной этической ситуацией считается информирование больного о диагнозе его болезни (к примеру, в онкологической практике). Проблема информированности больных в вопросе диагноза их онкологического заболевания в отечественной медицине стоит достаточно остро. Как правило, делается попытка разрешить ее на основе не столько медицинских, сколько деонтологических или юридических принципов (А.Я. Иванюшкин, Т.И. Хмелевская, Г.В. Малежко). Подразумевается, что знание больным диагноза своего онкологического заболевания помешает адекватному проведению необходимой терапии вследствие возможной и «высоко вероятной» негативной эмоциональной реакции пациента (вплоть до суицидальных попыток). В то же время неопределенность может нести защитные психологические функции (В.Н. Герасименко, А.Ш. Тхостов). С целью утверждения правоты той или иной позиции предпринимались попытки статистических исследований. Однако, неопределенность может нести и защитные функции. «В сущности, сообщение больному диагноза не снимает неопределенности, а переносит ее в другую, еще более важную сферу: в неопределенность прогноза, который в онкологии не может быть окончательным и достаточно определенным» (А.Ш. Тхостов). И в такой ситуации лучше, если больной будет не до конца

знать, что с ним, чем зная это, будет думать о том, сколько ему осталось жить.

1. РАЗВИТИЕ ЭТИЧЕСКИХ КОНЦЕПЦИЙ И УЧЕНИЙ

Этика — одна из древнейших теоретических дисциплин, объектом изучения которой** является **мораль.

Нравы и обычаи наших отдаленных предков составляли их нравственность, общепринятые нормы поведения. Отношения человека к его роду, семье, к другим людям закреплялись тогда обычаем и имели авторитет, нередко более сильный, чем юридические нормы и законы общества. Под нравственностью принято понимать совокупность принципов или норм поведения людей, регулирующих их отношение друг к другу, а также к обществу, определенному классу, государству, родине, семье и т.д. и поддерживаемых личным убеждением, традицией, воспитанием, силой общественного мнения всего общества.

Наиболее общие и существенные нормы поведения людей относят к моральным принципам. Можно сказать, что *нравственность — это совокупность норм поведения.*

Нормы поведения, поскольку они проявляются в поступках людей, в их поведении, создают то, что называется моральным отношением людей.

Задача этики состоит не только в том, чтобы разработать нравственный кодекс, но также выяснить вопрос о происхождении нравственности, о природе нравственных понятий и суждений, о критерии нравственности, о возможности или невозможности свободного выбора поступков, ответственности за них и т.д. Этика теснейшим образом связана с практическими задачами жизни людей.

Платон (427—377 гг. до н.э.) выдвинул этическую систему безусловно вечного блага «идеи добра», находящегося вне человеческого сознания в мире вечносущих идей. Моральные качества добродетели Платон распределял по сословиям, определяя умеренность и покорность низшему сословию, в то время как господствующие наделялись мудростью, храбростью, благородными чувствами.

На протяжении веков мораль выводили из внеисторического начала — Бога, природы человека или неких «космических законов» (натурализм, теологическая эти-

ка). Также из априорного принципа или саморазвивающейся абсолютной идеи (Кант, Гегель).

В XVIII в. Кант утверждает, что нравственные понятия имеют своим источником абсолютный человеческий разум. Определяемая разумом, независимая от обстоятельств воля (у Канта она получает название «добрая воля») способна действовать согласно всеобщему нравственному закону, отвергающему возможность лжи.

В XVIII в. материализм становится идеей французской буржуазии, боровшейся против феодального строя, его учреждений и идеологии. Такие представители французского материализма XVIII века, как Гольбах, Гельвеций, Дидро требовали сочетания личного интереса с общественным путем создания разумных законов и воспитания, с помощью которых можно ввести такие общественные порядки, при которых личный интерес человека будет направляться к действиям на общее благо.

Определенное место в истории развития этической мысли занимает этика Л. Фейербаха (1804-1872). Он решительно выступил против теологического обоснования морали. Нравственное воспитание, по мнению Фейербаха, состоит в том, чтобы привить каждому сознание своих обязанностей по отношению к другим. Однако многие другие мыслители наоборот обосновывали именно теологический принцип обоснования морали.

Из отечественных мыслителей особенно близко подошли к научному пониманию вопросов морали такие русские философы, как, например, Н.Г. Чернышевский, Н.А. Добролюбов. Вопрос об улучшении нравов они связывали с коренными социальными перестройками.

Кризис способов выведения морали в 20 в. нашел выражение в тезисе о невозможности теоретического обоснования моральных идей, а также в расколе на два направления — иррационализм и формализм.

Этика возникла в период становления государств, выделяясь из стихийно-обыденного сознания общества как одна из основных частей философии, как «практическая» наука о том, как должно поступать, в отличие от чисто теоретического знания о сущем. В дальнейшем в самой этике происходит разделение на теоретическую и практическую области, философскую и нормативную этику.

Учение о нравственности — этике — продолжает развиваться на всем протяжении истории человечества. В последние столетия, в связи с растущей дифференциацией различных профессий, возникла необходимость вычленения специальных разделов этики.

2. РАЗВИТИЕ и ФОРМИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ этики

Концепции медицинской этики, дошедшие до нас из глубин веков, зафиксированы в древнеиндийской книге «Аюрведа» («Знание жизни», «Наука жизни»), в которой наряду с рассмотрением проблем добра и справедливости высказываются наставления врачу быть сострадательным, доброжелательным, справедливым, терпеливым, спокойным и никогда не терять самообладания. Большое развитие медицинская этика получила в Древней Греции **и** ярко представлена в клятве Гиппократа. Медицинская этика прогрессивных врачей древности была направлена против стяжателей, шарлатанов, вымогателей, стремящихся нажиться за счет больного человека.

Клятва Гиппократа оказала большое влияние на развитие медицинской этики в целом. Впоследствии студенты, оканчивающие медицинские учебные заведения, подписывали «факультетское обещание», в основу которого были положены нравственные заповеди Гиппократа.

Характерной особенностью развития медицинской этики является скрупулезная детализация норм поведения медицинских работников. Например, в Восточно-Галицинском деонтологическом кодексе, утвержденном в конце XIX в., предусматриваются такие пункты, в которых уточняется, как делить гонорар при приглашении к больному второго врача, сколько ждать опоздавшего на консилиум коллегу и др.

В данное время медицинская этика постепенно вырождается в корпорации медицинских обществ, в центре внимания которых стоят интересы частнопрактикующих медицинских *работников.* Еще до революции профессионально-корпоративные организации медицинских работников активно действовали и во многих губерниях России в XIX — начале XX вв. и имели свои кодексы.

Многие выдающиеся отечественные медики оказали большое влияние на развитие медицинской этики в нашем отечестве.

М.Я. Мудров считал, что нужно воспитывать медицинских работников в духе гуманизма, честности и бескорыстия. Он писал, что приобретение врачебной профессии должно быть делом не случая, а призвания. Вопросы медицинской этики получили дальнейшее развитие в трудах Н.И. Пирогова, СП. Боткина, И.П. Павлова и многих других ученых.

Развитие революционно-демократических идей в России в начале XX в. нашло отражение и в вопросах медицинской этики. Это касалось понимания врачебного долга. Врач — общественный деятель, по словам В.В. Вересаева, должен не только указывать, он должен бороться и искать пути, как провести свои указания в жизнь.

В годы Советской власти также встали нравственные проблемы в медицине. Большинство этих кадров нужно ***было*** подготовить из числа детей рабочих и крестьян. Поэтому вопросы медицинской этики нужно было решать по-новому.

Большой вклад в развитие отечественной медицинской этики внесли такие выдающиеся организаторы здравоохранения и крупные ученые, как Н.А. Семашко, З.П. Соловьев, В.Я. Данилевский, В.И. Воячек, В.П. Осипов, Н.И. Петров, П.Б. Ганнушкин, В.Н. Мясищев, Р.А. Лурия, А.Ф. Билибин, И.А. Кассирский, Б.Е. Вотчал, М.С. Лебединский, В.Е. Рожнов и др.

Основными задачами медицинской этики являются: добросовестный труд на благо общества и больного человека, готовность всегда и при всех условиях оказать медицинскую помощь, внимательное и заботливое отношение к больному человеку, следование во всех своих действиях общечеловеческим принципам морали, сознание высокого призвания медицинского работника, сохранение и приумножение благородных традиций своей высокогуманной профессии.

Организаторы советского здравоохранения —- Н.А. Семашко и З.П. Соловьев — утверждали, что медицинский работник не только представитель определенной профессии, но, прежде всего, гражданин общества.

Формированию принципов медицинской морали в нашей стране также способствовали труды выдающихся деятелей отечественной медицины (М.Я. Мудров, В.А. Манасеин, С.Г. Забелин, Н.И. Пирогов, С.С. *Корсаков,* СП. Боткин, В.М. Бехтерев и др.). Эти принципы заключаются в высокой гуманности, сострадательности, доброжелательности, самообладании, бескорыстии, трудолюбии, учтивости.

К числу базисных принципов медицинской этики относятся принципы: а) автономии, б) непричинения вреда, в) благодеяния, г) справедливости. Под автономией понимается форма личной свободы, при которой индивид совершает поступки в соответствии со свободно выбранным им решением. Семь основных аспектов автономии: уважение личности пациента; оказание пациенту психологической поддержки в затруднительных ситуациях; предоставление ему необходимой информации о состоянии здоровья, предлагаемых медицинских мерах; возможность выбора из альтернативных вариантов, самостоятельность пациента в принятии решений; возможность осуществления контроля за ходом исследования и лечения со стороны пациента; вовлеченность пациента в процесс оказания ему медицинской помощи.

3. ЭТИКА ПОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

При рассмотрении *проблемы этики поведения медицинских работников* необходимо *выделить основные и* общие вопросы, которые следует соблюдать независимо от того, где работает медицинский работник, и частные, применительно к специфическим условиям поликлиники, диспансера или больницы.

В общих вопросах условно можно выделить два основных:

Соблюдение правил внутренней культуры.

То есть — правил отношения к труду, соблюдения дисциплины, бережного отношения к общественному достоянию, дружелюбия и чувства коллегиальности:

Соблюдение правил внешней культуры поведения.

Правил благопристойности, приличия, хорошего тона и соответствующего внешнего вида (внешняя опрятность, необходимость следить за чистотой своего тела, одежды,

обуви, отсутствие излишних украшений и косметики, медицинская форма).

Все это можно назвать медицинским этикетом.

К правилам внешней культуры относится также форма приветствия и умение держать себя среди коллег и больных, умение вести беседу соответственно обстановке и условиям и т.д.

Правила этикета выработаны многовековой историей медицины. Эти требования внешнего поведения медицинского работника касаются всех членов медицинского коллектива. К сожалению, среди медицинских работников, особенно молодых, наблюдается пренебрежение к внешнему виду.

Одним из требований внешней культуры поведения является требование взаимной вежливости. Прежде всего, это касается необходимости приветствовать друг друга, не проявляя при этом фамильярности.

Очень важно быть сдержанным и тактичным, владеть собой и считаться с желаниями других людей. Беседуя с коллегой, в особенности со старшими коллегами, надо уметь слушать собеседника, не мешая высказать ему то, что он думает, а затем, если в этом имеется надобность, спокойно возразить, но без грубости и личных выпадов, ибо это не способствует выяснению вопросов, а свидетельствует о бестактности и несдержанности. Нетактичен и неуместен громкий разговор в медицинских учреждениях, не говоря уже о попытке выяснения личных отношений.

Сдержанность и чувство такта также необходимы в отношениях с коллегами, удрученными личными переживаниями. Бестактно спрашивать у них о причинах плохого настроения, так сказать — «лезть в душу». Умение дорожить своим и чужим временем является внешним проявлением внутренней собранности и дисциплинированности человека.

Внешняя культура поведения, по словам А.С. Макаренко, не только полезна для каждого коллектива, но и украшает его.

Сплоченность, дружеское взаимопонимание, нормальные отношения всех членов коллектива друг с другом, соблюдение известной субординации, уважение труда каждого человека, дух честной откровенной критики созда-

ют определенный «психологический климат», благоприятно влияют на качество работы.

Интриги разлагают коллектив, который в этих условиях распадается на враждующие группы. Эти настроения нередко становятся известны и больным. Коллектив в таких случаях становится трудноуправляемым. Подобные действия противоречат этике медицинского работника.

Этика взаимоотношений в условиях внебольничных лечебных учреждений.

Условия работы во внебольничных лечебных учреждениях и стационарах имеют свои особенности и в определенной степени влияют на характер взаимоотношений медицинских работников между собой.

В поликлинике или диспансере основное участковое звено (врач, медицинская сестра) осуществляет постоянную медицинскую помощь населению прикрепленного участка. Между участковым врачом и участковой сестрой должны быть добрые взаимоотношения, основанные на взаимном уважении друг к другу, взаимопонимании на базе субординации и четкого выполнения своих профессиональных обязанностей. Когда это звено работает слаженно, то и качественные показатели их работы высокие. При плрхих взаимоотношениях усложняется работа в коллективе. Свидетелем этих отношений может стать больной, что недопустимо.

Поликлиника — крупное медицинское учреждение, обслуживающее большие районы города, сельской местности. Несколько участков объединяются в специализированные отделения (хирургическое, терапевтическое, неврологическое и др.), в результате формируются коллективы отделений. Кроме того, в штатах поликлиник имеются узкие специалисты-консультанты (уролог, офтальмолог, дерматовенеролог, отоларинголог и др.). В целом в штате поликлиники, с учетом всех служб и подразделений, оказывается довольно много медицинских работников. При этом в каждом звене, отделении, подразделении могут сложиться самые различные взаимоотношения.

Основная задача руководства и профсоюзной организации — добиться, чтобы коллектив был дружным, сплоченным, ориентированным на выполнение единой

задачи — охрану здоровья населения. Эта работа осложняется тем, что медицинских работников поликлинического учреждения трудно собрать вместе, так как половина их работает в разные смены. Кроме того, значительная часть времени участкового медицинского работника проходит вне поликлиники (диспансера) на прикрепленном участке.

Руководителям вновь организованных поликлиник и отделений не всегда в связи с указанной выше спецификой удается добиться хороших взаимоотношений между медицинскими работниками всех звеньев. Для этого **нуле** но время. В процессе длительной работы, как правило вырабатываются, внедряются и обновляются лучшие образцы работы. Задача поликлинической службы состоит в том, чтобы каждый житель участка знал своего участкового зрача и медицинскую сестру и доверял им. Больной очень тонко *чувствует* характер взаимоотношений между врачом и медицинской сестрой и живо на них реагирует. Хорошие взаимоотношения укрепляют зеру пациентов участка в них, их способность своевременно оказать необходимую квалифицированную помощь и вместе с тем укрепляют авторитет отделения и поликлиники* Добрая молва быстро распространяется среди населения участка, и больные с любовью и благодарностью относятся к своим врачевателям. Однако, частые ошибки и огрехи в работе, невыполнение обещаний, опоздания на вызов, наносят моральный ущерб больным,

Бывают случаи грубости во взаимоотношениях участковых медицинских работников, безответственное отношение к своему делу, недисциплинированность. В некоторых случаях грубость и нетактичность может быть мотивирована неправильным поведением медицинского работника, однако во всех случаях необходимо соблюдать этику отношений.

Пациент не должен видеть каких-либо осложнений в их взаимоотношениях. Например, неприятные переживания могут возникнуть у больного в тех случаях, когда медицинская сестра допустила ошибку при выписывании направления на лабораторное исследование, неправильно указала часы повторного приема, время явки на консультацию и т.д.

Взаимопомощь необходима и внутри специализированных отделений. Болезнь или невыход на работу по каким-нибудь другим объективным причинам медицинского работника участкового звена требует немедленной его замены. Если такой возможности нет, то приходится выполнять работу значительно большего объема. Это не всегда совпадает с личными интересами медицинского работника, может вызвать недовольство, а иногда даже обострить взаимоотношения. Особенную остроту эти вопросы приобретают во время сезонных гриппозных эпидемий, когда рабочий день каждого медицинского работника значительно уплотняется, и всякие дополнительные нагрузки требуют повышенного напряжения сил. Кроме того, сам характер участковой работы — многочисленные контакты с большим числом больных и их родственниками — требует немалого нервно-психического и физического напряжения.

Роль в укреплении сплоченности коллектива медицинских сестер играет старшая медицинская сестра отделения, От ее умения установить должный контакт с участковыми сестрами, завоевать у них авторитет зависит очень многое. Хорошее знание характерологических особенностей, семейно-бытовых условий участковых сестер и других факторов дает ей возможность во всех сложных ситуациях найти правильное решение. Отношение старших по должности к младшим должно быть тактичным, основанным на уважении к труду и личности подчиненного, От опыта, авторитета, морально-нравственных и общечеловеческих качеств личности старшей медицинской сестры поликлиники, диспансера во многом зависит уровень производственных отношений между средними медицинскими работниками и санитарками в учреждениях в целом.

Трудности участковой работы способствуют определенной текучести кадров. Однако в учреждениях, где царят добрые товарищеские отношения между сотрудниками, где сложились хорошие традиции, коллектив отличается стабильностью.

Этика взаимоотношений **в** условиях стационара.

Условия работы в больнице, в отличие от поликлиники диспансера, более стабильны. В каждом отделении всегда находится определенное число больных с определенными сроками лечения. Если у участкового медицинско-

го работника ежедневно меняется состав больных и период взаимоотношений между ними довольно короткий, то в стационаре контакт медицинских работников с больным постоянный, многодневный, а иногда и многомесячный. Это обязывает к тому, чтобы и отношения между персоналом отвечали этико-деонтологическим требованиям, и внешняя и внутренняя культура поведения была на высоком уровне.

Поговорка «и стены лечат» будет справедлива, если в лечебном учреждении имеет место соответствующий уровень взаимоотношений между медицинским персоналом, высокая дисциплинированность, культура и качество обслуживания.

Каждый дефект в поведении персонала в отделении легко попадает в поле зрения сразу нескольких десятков пациентов и становится предметом их обсуждения, подрывает авторитет как медицинского работника, допустившего это нарушение, так и целого коллектива.

Высокая этика взаимоотношений во всех звеньях медицинской структуры отделения: санитарка, постовая сестра, процедурная сестра, сестра-хозяйка, старшая сестра, ординаторы, заведующий отделением при четком выполнении ими своих профессиональных обязанностей благоприятно влияет на лечебный процесс.

Однако, нередко бывают случаи, когда санитарка грубо отвечает больному, долго не реагирует на его просьбу помочь ему, а медицинская сестра как бы не замечает этих фактов, не хочет портить с няней взаимоотношений. Замечание младшему по должности необходимо сделать тактично, необходимо объяснить, что помощь больному — это долг медицинского работника. Конечно, не следует это делать демонстративно при больном, а попросить няню зайти в процедурный или другой кабинет и поговорить с ней. Медицинская сестра иногда допускает фамильярное обращение к больному на «ты», делает замечания, когда он замешкался при раздаче лекарств или приеме какой-нибудь процедуры. Мимо этих фактов нельзя проходить, так как дурной пример заразителен, особенно для молодых работников.

При рассмотрении проблемы этики взаимоотношений медицинских работников между собой возникает вопрос,

влияют ли на нее специфические условия выполняемой ими профессиональной работы? Отличается ли этика взаимоотношений медицинских сестер, работающих в кардиологических отделениях и в педиатрических стационарах? Принципы отношений между ними похожи, но имеются некоторые особенности, зависящие от условий работы и клинических различий дисциплин.

Рассмотреть конкретно эти особенности можно только комплексно в плане частной медицинской этики и деонтологии.

Средний медицинский работник, который постоянно находится среди больных, непосредственно общается с ними и на которого ложится основная нагрузка по уходу за больными, должен всегда учитывать психические особенности, чувства, переживания и суждения своих пациентов и их психосоматическое состояние.

Болезни различного клинического профиля (хирургические, терапевтические, онкологические, акушерско-гинекологические, фтизиатрические и т.д.) ***вызывают*** свойственные только им опасения и переживания, так как каждый болезненный процесс имеет свою специфику течения и исход. Кроме того, каждый больной имеет свои индивидуальные психологические особенности. Для лучшего понимания состояния больного **и** характера его переживаний медицинскому работнику необходимо также знать социальное, семейное и должностное положение больного.

Например, многие больные, поступающие в онкологический стационар, постоянно испытывают мучительные переживания: злокачественная или доброкачественная у них опухоль? Естественно, они постоянно пытаются выяснить это **у** врача или медицинской сестры. Во время беседы они напряженно следят за мимикой сестры, за тоном ее голоса, характером ответа. Больные прислушиваются к беседам врача **и** медицинской сестры, медицинских сестер между собой, пытаясь в их разговоре уловить сведения о своем состоянии. Психика больных с онкологическими заболеваниями очень ранима, поэтому нарушение этики взаимоотношений между медицинскими работниками они воспринимают особенно остро.

Небходимо отметить, что больные очень подвержены ятрогениям. Довольно остро это проявляется у онколо-

гических больных в состоянии тяжелой интоксикации, когда они предчувствуют приближающийся исход болезни. В таких случаях громкий разговор медицинских сестер, тем более громкий смех неуместны, это быстро выводит больных из состояния равновесия.

Лечебный процесс — это не только лекарственное воздействие, но и в не меньшей степени психотерапия, проявляющаяся в специфике взаимоотношений между больным и медицинским работником.

Этическая сторона воздействия оказывает большое влияние на больного.

Большое значение при общении среднего медицинского работника с пациентом имеет чуткость, т.е» внимательное выслушивание его и стремление понять его переяшвания. Это способствует поднятию настроения, отвлечению от мрачных мыслей о возможном неблагоприятном исходе заболевания, успокоению больного. Важно ободрить больного участливым словом, разубедить в необоснованности его опасений.

В каждой клинике имеется своя специфика этико-деонтологических требований. В соответствии с этим как врачебный, так и средний медицинский персонал должен не только соблюдать сложившиеся в медицинском учреждении этико-деонтологические традиции, но и укреплять их наряду с повышением своего профессионального и культурного уровня.

При беседе с больным стоит вспомнить слова М.Я. Мудрова о том, что во время исследования больной сам исследует медицинского работника.

Беседа с больным может дать определенное представление об его культурном уровне, интеллекте, образованности, личных особенностях, доминирующих переживаниях.

Эти знания могут помочь установить контакт и найти индивидуальный подход к больному. При этом медицинская сестра должна быть терпеливой к назойливым высказываниям и расспросам больного и уделить ему достаточно времени на беседу. Поверхностный расспрос, непродуманные ответы, фамильярность при обращении обижают больного, снижают авторитет медицинского работника. При беседе больной нередко насторожен и тре-

вожен, поэтому медицинский работник должен контролировать свои высказывания и учитывать впечатление, которое они оказывают на больного.

Болезненно измененная психика некоторых больных при появлении у них каких-либо неприятных ощущений со стороны внутренних органов или отрицательных переживаний, навеянных внешними факторами, вызывает угнетенное и подавленное настроение, мрачные суждения о своем заболевании. Врачебный и средний медицинский персонал должен стремиться поднять настроение, вселить в больного уверенность в благоприятный исход. Все контактирующие с больным лица должны вести себя адекватно разработанной врачом «легенде» относительно его заболевания и не возбуждать у больного своим поведением и словами догадок о тяжести его состояния.

К важным вопросам медицинской этики относится этика взаимоотношений медицинского работника с родными и близкими больного.

Основными вопросами сбора анамнеза жизни, настоящего заболевания и динамики состояния в процессе лечения занимается врач, но в дни передач и посещений немалая нагрузка приходится на среднего медицинского работника. В такие дни родственники обращаются к медицинским сестрам с вопросами о состоянии больного, интересуются его сном, аппетитом, настроением и многим другим. При рабочем дне, насыщенном выполнением производственных обязанностей, медицинским сестрам мало остается времени па контакт с многочисленными родственниками и близкими больных, поэтому их назойливые вопросы могут раздражать, вызывать недовольство, желание быстрее от них избавиться, избежать контакта с ними. В этих случаях мысленно нужно поставить себя на место этих людей,

Бестактное поведение медицинского работника может привести к появлению обоснованных жалоб в адрес руководства отделения или больницы и к мнению, что культура и качество обслуживания в данном отделении или больнице находятся на невысоком уровне, и вызвать желание перевести близкого человека в другую больницу.

Мнение родственников передается больному, вызывает у него негативное отношение и недоверие к персоналу

и отрицательно сказывается на его нервно-психическом и соматическом состоянии.

Беседа медицинской сестры с родственниками не должна также выходить за рамки ее компетенции. Сестра не должна рассказывать родственникам больного о симптомах и возможном прогнозе заболевания. При беседе родственников с больным они могут передать ему содержание беседы с медицинской сестрой, что-то неправильно истолковать, дополнить своими предположениями. Вследствие этого больной может быть неправильно информирован о своем заболевании и обеспокоен его исходом. У него возникает предположение о наличии тяжелого, возможно, неизлечимого заболевания. ***Это может привести к ятрогении, в последующем требующей длительной психотерапии.***

Общение среднего медицинского персонала с родными и близкими больного требует определенного такта. Если медицинская сестра в момент обращения родственника не может уделить ему внимание, она должна вежливо извиниться и объяснить, что в данное время у нее срочная работа, и попросить, если возможно, немного подождать. При этом недопустимо, чтобы родственники ждали часами беседы с медицинскими работниками. В тех случаях, когда производственная ситуация складывается так, что беседа может состояться только через час или более, целесообразно точно прийти к этому времени или назначить другой день для встречи. В процессе беседы нужно отвечать коротко и четко, продумывая каждый ответ. Если вопрос выходит за рамки компетенции, в частности, о характере заболевания, возможном исходе, ведущей симптоматике, медицинская сестра должна сослаться на неосведомленность и предложить обратиться за разъяснением к врачу.

Правильная тактика общения среднего медицинского персонала с родными и близкими больного создает должное психологическое равновесие в таком важном звене лечебного процесса, как больной — родственник — медицинский персонал.

4. МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ

Впервые термин ***деонтология*** предложил английский философ Вентам. Данный термин происходит от слов: «деон» — долг, необходимость и «логос» — учение.

Деонтология — наука о долге, о моральных обязательствах, профессиональной этике.

Значение деонтологии особенно важно в тех разделах профессиональной деятельности, ***которые широко используют*** формы сложных межличностных взаимовлияний и ответственных взаимодействий. К ним следует отнести современную медицину, внутри которой большую роль играют различные формы психологического влияния медицинских работников на ***больного.***

Не случайно выделение такого ***самостоятельного раздела, как медицинская деонтология в рамках медицинской психологии,*** которая раскрывает особенности долга медицинских работников перед больными. А также особенности моральной обязанности медицинских работников перед обществом за охрану здоровья населения и за наиболее совершенные действия, направленные на эффективное лечение больного человека.

Термин «деонтология» был введен в обиход в начале XIX в. для обозначения науки о профессиональном поведении человека. Понятие «деонтология» в равной мере применимо к любой сфере профессиональной деятельности — медицинской, инженерной, юридической, агрономической и т.д.

Медицинская деонтология — наука о профессиональном поведении медицинского работника.

Задолго до введения этого термина основные принципы, регламентирующие правила поведения врача и медицинского работника, содержались в письменных источниках, дошедших из древности. Например, в индийском своде законов Ману «Веды» перечислены правила поведения врача. В античные века огромное влияние на развитие принципов поведения медицинского работника оказала знаменитая «Клятва» основоположника научной медицины Гиппократа. Любопытно отметить, что за всю историю развития медицины только в 1967 г. на II Всемирном деонтологическом конгрессе в Париже было сделано первое и единственное дополнение к клятве Гиппократа: «Клянусь обучаться всю жизнь».

На формирование отечественной медицинской деонтологии большое влияние оказали материалистические взгляды А.И. Герцена, Н.Г. Чернышевского, Н.А. Доб-

ролюбова, Д.И. Писарева и др. В условиях Российской Империи земские врачи, располагая крайне ограниченными возможностями, создали уникальную в истории медицины систему оказания медицинской помощи неимущим слоям населения. Они заложили новые традиции в отношениях с больными, составившие славу русской медицине. Земская медицина выдвинула большое число беспредельно преданных своему делу врачей, фельдшеров и медицинских сестер.

Необходимо подчеркнуть, что вплоть до конца XIX в. все то, что теперь составляет предмет медицинской деонтологии, именовалось врачебной этикой. Труды отечественных ученых-медиков М.Я. Мудрова, Н.И. Пирогова, С П . Боткина, С С . Корсакова, В.М. Бехтерева, К.И. Платонова, Р.А. Лурия, Н.И. Петрова и др. заложили теоретические основы деонтологических принципов.

Основными задачами медицинской деонтологии являются: изучение принципов поведения медицинского персонала, направленных на максимальное повышение эффективности лечения; исключение неблагоприятных факторов в медицинской деятельности; изучение системы взаимоотношений, которые устанавливаются между медицинским персоналом и больным; устранение вредных последствий неполноценной медицинской работы (Н.И. Петров).

Одной из основных проблем медицинской деонтологии, так же как и медицинской этики, является долг. Однако понятие долга в морально-нравственном отношении не совсем идентично. Медицинская деонтология определяет должное в поведении не в плане морального или правового общественного долга, а в аспекте должностных обязанностей медицинского работника. Важно отметить, что медицинская деонтология имеет отношение и к работникам немедицинских профессий рабочих, служащих и др. Они должны вести себя соответственно требованиям медицинского учреждения.

Медицинская деонтология разрабатывает правила должностного поведения, которые затем оформляются в соответствующих инструкциях. В отличие от моральных правил деонтологические нормативы определяются инструкциями и административными приказами.

Как особое учение в научной и практической медицине деонтология подразделяется на общую, изучающую общие медико-деонтологические принципы, и частную, изучающую деонтологические проблемы в разрезе отдельных медицинских специальностей (Г.В. Морозов).

Элементы деонтологии в деятельности среднего медицинского работника.

Ведущая роль в утверждении деонтологических принципов принадлежит врачу, который проводит полное обследование больного, ставит диагноз, назначает лечение, следит за динамикой болезненного процесса и др. При проведении этих мероприятий в жизнь от среднего медицинского работника требуется служебная и профессиональная дисциплина, четкое выполнение всех распоряжений врача. Качественное и своевременное выполнение назначений или указаний врача (внутривенное вливание, инъекция, измерение температуры, выдача лекарств, банки и др.) — один из основных деонтологических элементов деятельности среднего медицинского работника. Однако выполнение этих обязанностей должно осуществляться не формально, а по внутреннему побуждению, чувству долга, стремлению бескорыстно делать все необходимое, чтобы облегчить страдание больного человека. Это требует постоянного самосовершенствования, пополнения профессиональных знаний и мастерства.

При общении с больным медицинская сестра, помимо соблюдения этических норм, должна обладать высоким чувством профессиональной выдержки и самообладания. Медицинская сестра должна создавать обстановку доверия между врачом и больным, способствовать повышению авторитета врача и медицинского учреждения, строго соблюдать врачебную тайну.

Медицинская сестра и больной.

Работа медицинской сестры связана не только с большой физической нагрузкой, но и с большим эмоциональным напряжением, которое возникает при общении с больными людьми, с их повышенной раздражительностью, болезненной требовательностью, обидчивостью и др. Очень важно умение найти быстрый контакт с больным человеком. Сестра постоянно находится среди больных, поэтому ее четкие действия и профессиональное выполнение

предписаний врача, ее эмоциональное, теплое отношение к больному оказывают на него психотерапевтическое воздействие. Большое значение имеют словесная форма, эмоциональная окраска и тон речи. В ласковом и вежливом обращении, доброй улыбке выражается заботливость и внимание сестры к своим больным. Однако, внимание и теплота со стороны сестры никогда не должны носить интимного характера, не должны побуждать больных преодолеть дистанцию между ними и сестрой. О возможности этого медицинская сестра никогда не должна забывать и соответственно регламентировать свои поступки и наблюдать за поведением больного.

Медицинский работник, в частности, медицинская сестра, должен строго хранить врачебную тайну. Под врачебной тайной понимают следующее: 1) сведения о больном, полученные медицинским работником от больного или в процессе лечения и не подлежащие разглашению в обществе, 2) сведения о больном, которые медицинский работник не должен сообщать больному (неблагоприятный исход болезни, диагноз, наносящий психологический ущерб больному, и т.д.).

«Умелому и доброжелательному объяснению верят, им утешаются и с ним легче умирают не только так называемые непосвященные люди, но и хирурги с огромным именем, когда они заболевают и превращаются в подавленных болезнью пациентов... Нередко можно с успехом сослаться на действительно существующую неясность диагноза и оставить, таким образом, в утешение больному то сомнение, которое он может использовать в свою пользу» (Н.И. Петров).

Нельзя разглашать сведения не только о характере и возможном исходе заболевания больных, но и сведения об их интимной жизни, так как это может причинить им дополнительные страдания и подорвать доверие к медицинским работникам.

Большое значение в общении врача и сестры с больным играет вера в выздоровление, уверенность, что его правильно лечат и своевременно окажут необходимую помощь при ухудшении состояния. Неудовлетворение просьб, опоздание сестры на вызов больного, небрежное выполнение назначенных врачом процедур, админист-

ративно-холодный тон вызывают у больного тревогу за свое состояние и желание пожаловаться или просить консилиума.

Сестра не должна рассказывать о том, что случилось в соседнем отделении, распространять вести о тяжелобольных, так как это может обострить ипохондричность, усилить страх и беспокойство больных за свое здоровье. Фамильярность, резкий тон в разговоре очень мешают созданию нормальных отношений и контакта между сестрой и больными.

При установлении контакта сестре следует постараться понять больного. Большое значение имеет способность медицинской сестры к сочувствию и состраданию. Сочувственный отклик на жалобы больного, стремление по возможности облегчить его болезненные переживания порой оказывают не меньшее лечебное действие, чем назначение медикаментозных средств, и вызывает горячую благодарность со стороны пациентов. При этом иногда важно просто выслушать больного, но не формально, а с элементами эмоционального участия, соответственно реагируя на услышанное.

Умение выслушивать является одним из важных свойств искусства медицинского работника.

Однако, это дается не сразу, а вырабатывается многолетним опытом. В процессе выслушивания медицинский работник получает для себя самую необходимую информацию о больном. Во время беседы больной успокаивается, снимается его внутренняя напряженность.

Коллектив лечебного учреждения и больной. Коллектив лечебного учреждения, в котором имеются единство стиля работы, слаженность, добрые взаимоотношения членов коллектива между собой и высокие профессиональные знания, отличается и высоким уровнем лечебной помощи.

Задачами работы старшей сестры является контроль за деятельностью сестер и санитарок по уходу за больными, а также работа с сестрами и с самими больными. Старшая сестра должна замечать недостатки в работе отделения, любую напряженность в отношениях между сестрами и больными и стремиться принять своевременные меры к их устранению, оценивать индивидуальные

запросы больных, следить за качеством ухода за тяжелобольными и оказывать помощь при решении сложных вопросов, возникающих у сестер и больных.

Профессиональные обязанности, место деятельности медицинских сестер довольно четко определены, поэтому важно, чтобы в стиле их работы не было противоречий. Основными требованиями должны быть порядок в больничных палатах и организованность при выполнении распорядка дня.

Медицинская сестра, находясь постоянно среди больных и наблюдая за их поведением, видит их индивидуальные психологические особенности, характер взаимоотношений с соседями, реакцию на свою болезнь и болезни других. Она должна подсказать врачу, в какой палате и с кем больного лучше разместить, поведать ему о психологических особенностях, поведении и высказываниях своих подопечных.

В ходе работы может возникнуть множество таких ситуаций, в которых особую роль играет правильное поведение сестер. Например, часто больные обращаются к сестрам с различными просьбами. Их необходимо внимательно выслушать и если они не противоречат интересам больного, отвечают требованиям врача и местным порядкам, то их целесообразно удовлетворять. Если же сестра не может сама решить вопрос, то нужно извиниться и ответить позже, после консультации со старшей сестрой или врачом. Если же сестра не может выполнить желание и просьбу больного, то она должна найти правильную и вежливую форму отказа. Сестра не должна вступать в споры с больными, ибо они неуместны в стенах лечебного учреждения, и не следует допускать возможности их появления. Не следует также обращаться к больным с просьбами, поручениями.

Здоровая психологическая атмосфера лечебного учреждения создается в тех случаях, когда хороший стиль работы сочетается с доброжелательными отношениями между медицинскими работниками. Это оказывает благоприятное влияние на больных и способствует высокой эффективности лечения.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Дайте понятие этики.
2. Что Вы знаете об этических концепциях и формировании медицинской этики?
3. Задачи и принципы медицинской этики.
4. Каковы общие вопросы медицинской этики?
5. Расскажите об этике взаимоотношений в условиях стационара и внебольничных учреждений.
6. Что Вы знаете об этической стороне воздействия па больного?
7. Дайте определение медицинской деонтологии.
8. Задачи медицинской деонтологии.
9. Что вы знаете об элементах деонтологии в деятельности среднего мед. работника?
10. Расскажите о влиянии коллектива лечебного учреждения на больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные проблемы практической психологии. СПб., 1992.

2. ***Банщиков*** В. М., ***Гуськов*** В, С, ***Мягков И.*** Ф., Медицинская психология. М.: Медицина, 1967.

3. Введение в психологию. М.: Изд-во МГУ, 1995.

4. ***Зейгарник*** Б. Б. Патопсихология. МГУ. МЛ976.

5. ***Громов*** А. ***П.*** Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников. М. Медицина, 1969.

6. ***Карвасарский*** Б. Д. Медицинская психология. Л. Медицина. 1982.

7. ***Конечный*** Р., ***Боухал М.*** Психология в медицине. Авиценум., Прага. 1983.

8. ***Лакосина Н. Р., Ушаков*** Г. ***К.*** Учебное пособие по медицинской психологии. М. Медицина, 1976.

9. ***Левченко И.*** Ю. Патопсихология: теория и практика. М. ACADEMIA. 2000.

10. ***Леонтьев А. Н.*** Деятельность, сознание, личность. М. Политиздат, 1975.

11. ***Лурия*** Р. А Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. М.-Л. Медгиз, 1939.

12. ***Матвеев В.*** Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. М. Медицина, 1984.

13. ***Менделевич В. Д.*** Клиническая и медицинская психология. М. МЕДпресс, 1999.

14. ***Мерлин В. С.*** Очерки теории темперамента. М., Просвещение, 1964.

15. ***Мохина И.*** Б. Медицинская психология. Ростов-н/Д., Изд-во РГУ. 1978.

16. ***Мясищев*** Б. Я. Личность и неврозы. Л.Медгиз. 1960.

17. ***Павлов И. П.*** Общие типы высшей нервной деятельности животных и человек. Поли. собр. соч., т.З. М.-Л., Изд-во АН СССР, 1951.

18. ***Петровский А.*** Б., ***Брушлинский А.*** Б., ***Зинченко*** Б. Я, и др. Общая психология. М.: Просвещение, 1986.

19. Психология. Под общ. ред. Загрудиной А. А., Минск Вышейшая школа. 1970.

20. ***Ратанова Т. А., Золотарева Л. И., Шляхта*** Я. ***Ф.*** Методы изучения и психодиагностика личности. МГОПУ, М. 1997.

21. ***Рысь Ю. #„ Степанов*** В. ***Е„ Ступницкий*** Б. Я. Психология и педагогика. Изд-во РЭА, Екатеринбург, Деловая книга. 1999.

22. ***Рудик*** Я. А. Психология. М.: Физкультура и спорт. 1964.

23. ***Стреляу*** Я. Роль темперамента в психическом развитии. М., Прогресс, 1982.

24. ***Чеботарева*** Э. Я, Врачебная этика. М. Медицина. 1972.

25. ***Харди И.*** Врач, сестра, больной. Изд-во Академии наук Венгрии, Будапешт, 1988.

26. ***Шкуренко*** Д. А. Депрессивные состояния и роль практикующих психологов в оказании психологической помощи населению. Межвузовский сборник научных трудов, Экономика и технология, РЭА, М. 2000.

Содержание

Д. А. Шкуренко

ОБЩАЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Ответственные редакторы: М. Хазизянц, В. Полякова
Корректор И. Грязнова
Обложка А. Пащенко

Лицензия ЛР № 065194 от 2 июня 1997 г.
Сдано в набор 26.02.2002. Подписано в
печать 25.03.2002. Формат 84x108 V32
Бумага тип. № 2. Гарнитура Школьная.
Усл. печ. л. 18,48
Тираж 10 000 экз. Заказ № 218.

Налоговая льгота — общероссийский классификатор
продукции ОК-00-93, том 2; 953000 — книги, брошюры

Издательство «Феникс»
344007, г. Ростов-на-Дону, пер. Соборный, 17

Отпечатано с готовых диапозитивов в ЗАО «Книга»
344019, г. Ростов-на-Дону, ул. Советская, 57